

NAIARA MAGALHÃES | JOSÉ ALBERTO DE CAMARGO

NÃO É COISA DA SUA CABEÇA

O que você precisa saber sobre **ANSIEDADE**,
DEPRESSÃO e outros **TRANSTORNOS EMOCIONAIS**
que atingem uma em cada três pessoas





NAIARA MAGALHÃES
JOSÉ ALBERTO DE CAMARGO

NÃO É COISA DA SUA CABEÇA

O que você precisa saber sobre **ANSIEDADE**,
DEPRESSÃO e outros **TRANSTORNOS EMOCIONAIS** que
atingem uma em cada três pessoas

1ª reimpressão



Um guia com explicações dos
maiores especialistas da área

• • •

Histórias de quem já superou ou está
superando um transtorno emocional



Agradecimentos

Gostaríamos de dizer muito obrigado àqueles que, generosamente, compartilharam suas histórias neste livro. Os relatos de vocês somaram energia fundamental ao nosso esforço de apresentar, em reais dimensões, o que é sentir a mente adoecer e o que está envolvido em superar um problema desse tipo. Sabemos que muitos se dispuseram a dividir experiências tão íntimas movidos pelo intuito de ajudar outras pessoas que estejam sentindo a vida conturbada ou paralisada pelas mesmas aflições. Confiamos que o empenho de vocês valerá a pena.

Agradecemos também a todos os profissionais da área da saúde que disponibilizaram tempo e conhecimento, dando entrevistas, tirando dúvidas, recomendando leituras, revisando trechos do trabalho e até o livro todo. Vocês qualificaram as informações apresentadas aqui e perseguiram conosco o objetivo de desenvolver um livro, de fato, esclarecedor e útil.

A toda a equipe da Editora Gutenberg, que nos ajudou a trazer o “filhote” ao mundo, com cuidado e entusiasmo, nossos agradecimentos.

E aos nossos familiares e amigos, nossa gratidão pelas trocas de ideias e experiências, pela paciência em ouvir nosso “papo monotemático”, dado o profundo envolvimento com o trabalho em alguns momentos, e, claro, pelo apoio de sempre.

Prefácio

Euripedes Constantino Miguel*¹

Parece difícil imaginar que pelo menos um em cada três de nós vai, em algum momento de sua vida, apresentar um tipo de transtorno mental. É verdade que fazem parte dessa cifra problemas como as fobias – o medo extremo e irracional de elevadores, multidões, viagens de avião, injeção, certos animais, altura e outras situações cotidianas –, que são bastante prevalentes na população, mas nem sempre causam grandes prejuízos para as pessoas. No entanto, a maior parte daqueles que sofrem de algum transtorno da mente vai ter sua vida profundamente afetada. Isso faz com que as doenças mentais constituam hoje uma das principais causas de incapacitação dos indivíduos, superando outros problemas de saúde comuns, como as doenças cardiovasculares e o câncer. E é provável que esse impacto se intensifique ainda mais, em alguns anos, pois à medida que ganhamos longevidade, os problemas médicos decorrentes das doenças crônicas – que incluem os transtornos mentais – tendem a ganhar proporções maiores.

Hoje já sabemos, por meio de pesquisas científicas no campo das neurociências – as diversas áreas de estudo dedicadas a entender o funcionamento do cérebro – e também da prática diária nos consultórios, que as doenças da mente começam a se desenvolver na infância, manifestam-se com mais clareza na juventude e, depois que surgem, tendem a se cronificar. Algumas melhoram com a idade, outras vivem altos e baixos, e há aquelas que evoluem progressivamente, limitando, pouco a pouco, a vida do indivíduo. Mas, apesar de todo o conhecimento que temos acumulado nas últimas décadas, ainda não conseguimos descobrir precisamente as causas de cada transtorno mental nem, conseqüentemente, como curá-los. Nossos tratamentos, embora sejam efetivos, na maior parte das vezes, para aliviar sofrimentos e permitir que as pessoas levem suas vidas com maior equilíbrio e fluidez, nem sempre são capazes de reverter a doença mental ou estancar seu desenvolvimento. E o que é ainda mais preocupante: esses tratamentos não são acessíveis à

parcela mais pobre da população, particularmente em países desiguais como o nosso.

Como mudar esse panorama?

De várias formas. Como veremos neste livro (especialmente nos capítulos 1, 2 e 11), precisamos continuar nossas pesquisas para entender mais profundamente os mecanismos biológicos subjacentes aos transtornos mentais e, a partir daí, desenvolver tratamentos mais eficazes.

Seguindo o exemplo do que ocorre em outras áreas da medicina, é necessário também avançarmos no campo da prevenção. Ou seja, criar metodologias que permitam identificar indivíduos em risco para o desenvolvimento de transtornos mentais e investir neles com intervenções eficazes, antes de a doença começar. Assim, teremos chances de impedir o surgimento desses problemas ou atenuar sua manifestação de forma significativa.

Além disso, podemos fazer muito mais com o conhecimento que já temos. Por exemplo, aumentando o acesso a tratamentos e iniciando-os de forma mais precoce entre aqueles que já sofrem de transtornos mentais. Para isso, precisamos de transformações substanciais na nossa rede de atendimento à saúde, bem como de estratégias bem testadas de intervenção em larga escala. É necessário treinar e ampliar os nossos recursos humanos nessa área, capacitando profissionais de programas amplos, como o Saúde da Família, para diagnosticarem e tratarem adequadamente os problemas mentais mais comuns, como se faz com outras especialidades médicas.

Para pôr em prática qualquer uma dessas ações, vamos ter de investir em eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social e familiar que envolvem aqueles que sofrem de alguma doença mental.

Acredito que esse processo comece com informação. E é disso que este livro trata.

Há aqui informações para o público leigo de conhecimentos avançados sobre a origem, os principais sintomas e o tratamento dos transtornos mentais, como a depressão, as diversas formas de ansiedade patológica, aqueles transtornos envolvendo o uso de álcool e drogas, o transtorno bipolar, a esquizofrenia e as demências como a de Alzheimer (como se pode ver do capítulo 3 ao 8).

Um capítulo inteiro é dedicado a um tema fundamental: as diversas maneiras como as famílias podem ajudar seus entes queridos a recuperar sua saúde mental e emocional, a voltar a pôr em prática seus planos e desejos e a estabelecer relações mais pacíficas e prazerosas (capítulo 9). Além disso, o livro traz dados sobre os meandros do nosso sistema público de saúde e ideias muito atuais de como podemos transformá-lo (capítulos

10 e 11).

Já existem outros livros semelhantes a este no mercado. Eu mesmo já participei da organização de dois. Alguns são escritos por profissionais e outros por leigos. Mas o que há de inédito aqui?

Pela primeira vez, tenho notícia de um livro sobre saúde mental acessível a todos os interessados no assunto, escrito por um profissional da informação, com o apoio de um time encorpado de especialistas que estão entre os mais renomados do cenário científico nacional.

Há pouco mais de um ano, a jornalista Naiara Magalhães e o empresário José Alberto de Camargo convidaram o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) para, em conjunto, produzir algo novo, diferente e mais informativo sobre os transtornos mentais para a população brasileira. Nós não poderíamos ver essa iniciativa como mais promissora. De um lado, tínhamos uma jornalista com experiência na cobertura dos assuntos da área da saúde e com uma história de grandes realizações, ao lado de veículos prestigiados de informação, como a revista Veja. De outro, a visão de um homem que ocupou inúmeras posições de liderança, como a Direção Geral da Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração, de onde pôde capitanear várias iniciativas filantrópicas na área de Saúde Mental, como aquelas que levaram às novas instalações do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. O papel de nosso departamento foi sugerir nomes de professores com experiência e credibilidade da academia nacional, de dentro e de fora de nossa instituição, para serem entrevistados.

O resultado final não poderia ser melhor: um livro com as perguntas que toda pessoa interessada no assunto gostaria de ver respondidas, com profundidade e embasamento científico, numa linguagem acessível.

Tenho certeza de que os leitores deste livro irão se sentir enriquecidos em informação e com melhores condições de reconhecer e aceitar aqueles que apresentam transtornos mentais, facilitando a busca por ajuda e inclusão na sociedade.

São Paulo, setembro de 2012.

Notas

¹* Professor Titular e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Para começo de conversa

N uma das avenidas mais movimentadas da cidade de São Paulo, uma moça é atropelada por uma moto. A ambulância do serviço médico de urgência, o Samu, logo chega para atendê-la. Paramédicos prestam socorro imediato, com todo o aparato necessário, fechando metade da pista. O trânsito congestionado. Mas ninguém buzina. Motoristas passam devagar, colaborativos. Muitos inclinam a cabeça para fora do veículo, curiosos para ver o local do acidente. Uma cena comum na maior cidade do país. Logo adiante, noutra grande avenida da capital, um jovem com aparência de 20 e poucos anos está sentado em uma ilha do canteiro central. Enrolado em seu cobertor, num dia quente, ele cata a grama, olha para as próprias mãos e come um bocadinho de terra. Está nitidamente fora do ar. Perdeu o contato com a realidade. Mas ninguém ao redor lhe oferece ajuda. Sequer o olham. O rapaz se tornou parte da paisagem. Outra cena comum na maior cidade do país. O contraste das duas situações foi observado pelo médico Valentim Gentil Filho, professor da Universidade de São Paulo (USP) e um dos grandes nomes da psiquiatria no Brasil, enquanto dirigia para o dentista, num dia qualquer. As imagens formam um retrato emblemático de como os transtornos mentais ainda são tratados diferentemente dos demais problemas de saúde. Uma amostra do quanto são ignorados pela sociedade, apesar do incômodo que provocam. O exemplo do rapaz na sarjeta pode fazer o problema parecer distante, por envolver um sujeito marginalizado e se tratar de um caso extremo de alteração mental – um quadro grave de “loucura”, como se diz na linguagem direta das ruas. Mas existem muitos outros tipos e subtipos de transtornos da mente – há quase 300 catalogados nos manuais de psiquiatria adotados no mundo inteiro^{1,2} – e eles são mais comuns e estão mais próximos de todos do que se imagina.

Quando estiver caminhando pelas ruas da sua cidade, circulando pelos corredores da empresa onde trabalha, sentado à mesa de um restaurante ou em uma festa de família, experimente observar as pessoas ao seu redor. Você seria capaz de imaginar que uma em cada cinco dessas pessoas está sofrendo, neste momento, ou sofreu, no último ano, de um transtorno

mental? E mais: poderia supor que, ao longo da vida, uma em cada três terá um problema desse tipo? Pois sim. É o que apontam pesquisas realizadas no mundo inteiro.^{3,4,5} Nessas estatísticas, está contabilizada aquela sua tia com mania de limpeza; a amiga que anda desanimada e chorosa há algum tempo e agora vem reclamando que está difícil levantar da cama todos os dias e cumprir as tarefas do trabalho; e também o seu chefe, que lhe confidenciou outro dia que anda bastante estressado e não tem conseguido dormir sem antes tomar duas doses de uísque. Quem sabe até você não está incluído nessa conta, por causa daquele seu pavor de altura, que lhe faz sentir tonto, trêmulo e com o coração acelerado, cada vez que se aproxima do parapeito de uma janela no alto de um prédio?

As situações descritas no parágrafo acima são problemas hipotéticos de um leitor teórico, claro, mas é bem provável que você, leitor de verdade, ou alguém de suas relações já tenha vivido incômodos semelhantes. Natural. Esses são exemplos dos transtornos da mente encontrados com maior frequência na população: a depressão, que, sozinha, atinge 16% das pessoas, ao longo da vida;⁶ as doenças da ansiedade, como a fobia de altura e a compulsão por limpeza, que, junto com a síndrome do pânico e outros transtornos ansiosos, atingem cerca de 15% da população;⁷ e o consumo abusivo de álcool, que, além de causar boa parte dos acidentes de trânsito e inflamar situações de violência, pode levar ao alcoolismo, problema este que atinge 9% dos brasileiros.⁸ Há também alterações mentais que são menos frequentes, mas costumam ser um tanto graves, como o transtorno bipolar, a esquizofrenia, a anorexia, a compulsão por jogos e os transtornos de personalidade, que incluem a psicopatia e o distúrbio *borderline*. E ainda as doenças ligadas ao envelhecimento, como o mal de Alzheimer e as outras demências, que tendem a se tornar cada vez mais frequentes, à medida que a população se torna mais longaeva.

O que reúne todos esses problemas num mesmo grupo é o fato de serem alterações no comportamento, no estado emocional, na maneira de ver o mundo e no jeito de ser das pessoas, que comprometem o bem-estar e a saúde delas, prejudicam seu desempenho no trabalho e nos estudos, dificultam o cumprimento de tarefas do dia a dia, afetam seus relacionamentos e interferem na vida dos que estão à sua volta. Tudo somado, só no Brasil existem quase 40 milhões de pessoas com problemas desse tipo, precisando de cuidados de saúde mental. Desses, 17 milhões são casos graves, segundo o Ministério da Saúde.⁹

Não só a dimensão, mas também o enorme impacto dessas doenças mostra que, de fato, elas se tornaram uma questão de saúde pública.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente, a depressão ocupa o terceiro lugar entre as doenças que mais tiram anos de vida e saúde das pessoas, ficando à frente das doenças do coração, dos derrames e do diabetes.¹⁰ O *ranking* é feito de acordo com um cálculo que combina o tempo de vida saudável que as pessoas perdem em função de determinada doença e o tempo de vida que perdem por completo, ao morrer prematuramente, por um problema de saúde específico.

Além de todo o custo humano, as perturbações da mente trazem também um alto custo econômico: no Brasil, os transtornos mentais e do comportamento já representam a terceira causa de afastamento do trabalho. Em 2011, 181 mil pessoas receberam da Previdência Social o auxílio-doença devido a problemas como depressão, ansiedade exagerada, esquizofrenia e problemas decorrentes do uso de álcool e drogas.¹¹ O benefício é concedido para quem precisa se afastar do trabalho por mais de 15 dias, devido a motivos de saúde. E prejuízos desse tipo ocorrem no mundo todo. Os americanos deprimidos perdem 5,6 horas de produtividade no trabalho por semana, ou seja, aproximadamente 12 dias de trabalho por ano, entre ausências e redução no desempenho. São quase quatro vezes o que perdem em produtividade aqueles que não têm depressão, segundo um estudo recentemente publicado na revista médica de maior circulação do mundo, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*.¹² Os problemas psíquicos consomem 6% do orçamento da saúde dos Estados Unidos e geram um custo total de 300 bilhões de dólares por ano, entre gastos diretos com tratamento, despesas indiretas do governo com pagamento de benefícios aos doentes e a perda de produtividade econômica das pessoas com problemas emocionais, segundo estimativas do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, na sigla em inglês), órgão do governo americano que realiza pesquisas sobre transtornos psiquiátricos. As perturbações da mente são a terceira condição médica mais cara para os americanos – eles gastam em serviços de saúde mental o equivalente às despesas com tratamentos de câncer.¹³ No Brasil, não há estatísticas consolidadas sobre o impacto econômico global dos transtornos mentais, mas sabe-se que o valor é igualmente significativo. Já a parcela do orçamento do Ministério da Saúde dedicada à saúde mental é de apenas 2,5%,¹⁴ metade do mínimo recomendado pela OMS.

A parte mais preocupante desse cenário talvez seja a de que a maioria das pessoas que sofrem com algum transtorno mental não procura ajuda médica e psicológica ou demora muito a fazê-lo. Mesmo nos países desenvolvidos, 40% dos casos graves não recebem tratamento. Nos países

pobres e em desenvolvimento, a parcela de pacientes graves desassistidos é de 70% a 80%, segundo apontou a pesquisa internacional *World Mental Health Survey*, coordenada pela OMS e realizada em 24 países de todas as regiões do mundo.¹⁵ No Brasil, um estudo feito na região metropolitana de São Paulo, onde vivem aproximadamente 10% da população brasileira, mostrou que as pessoas podem levar décadas, a partir da primeira manifestação da doença, até procurarem tratamento. Os dados da pesquisa *São Paulo Megacity*, realizada por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), mostram, por exemplo, que aqueles que têm algum tipo de fobia específica – o medo doentio de altura, agulha, sangue, elevador, avião, entre outras coisas – demoram, em média, 36 anos para buscar a ajuda de um profissional. “Nesses casos, é comum a pessoa evitar o máximo possível a situação que lhe causa medo patológico e ir carregando o problema para o resto da vida”, comenta o psiquiatra Valentim Gentil. As pessoas com depressão convivem com o problema, sem se tratar, durante 13 anos, em média, e as que sofrem com o alcoolismo postergam a busca por auxílio durante oito anos. Os que pedem ajuda mais rápido são os indivíduos que sofrem do transtorno de pânico: 43% vão ao médico no ano da primeira crise.¹⁶ Pudera – as sensações de sufocamento, pressão no peito e morte iminente que experimentam as pessoas num pico de ansiedade característico do pânico não dão muitas brechas para empurrar o problema com a barriga. Além disso, quem está ao lado de uma pessoa em pleno acesso de pânico se assusta, muitas vezes confundindo o pico de ansiedade com um ataque cardíaco, e logo leva a pessoa para o hospital.

Como se pode ver, o problema já é grande – e ainda tende a aumentar. No livro *A peste invisível*, o psiquiatra e pesquisador americano Fuller-Torrey, diretor de uma importante organização que apoia pesquisas em saúde mental, reuniu estatísticas de quatro países – Inglaterra, Irlanda, Canadá e Estados Unidos – para demonstrar sua tese de que estamos vivendo uma epidemia silenciosa de “insanidades”. O levantamento feito por Torrey aponta um aumento de cinco vezes na ocorrência de alterações mentais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, nos últimos 250 anos, nesses países. Epidemia ou não – a obra de Torrey é polêmica e há quem a considere alarmista –, é fato que os transtornos mentais estão ganhando cada vez mais peso, em termos de saúde pública. A OMS prevê que, em 2030, a depressão passe a ser a doença com maior impacto na saúde e na longevidade das pessoas,¹⁷ naquela conta que reúne os anos de vida perdidos por incapacidades e mortes prematuras, ultrapassando as infecções respiratórias e a diarreia, problemas que ainda hoje têm muito

impacto nos países pobres, onde vive a maior parcela da população mundial.

Tendo em vista o número de pessoas afetadas diretamente pelas doenças da mente e o fato de que esses problemas inevitavelmente atingem quem está ao redor, fica claro que grande parte da população sofre o impacto dos transtornos mentais. Mas, se assim é, por que esse problema ainda recebe tão pouca atenção? Por que é tão pouco discutido e, muitas vezes, deliberadamente jogado para debaixo do tapete? Falta de conhecimento? Medo? Estigma? De tudo isso um pouco. Embora, há milênios, as sociedades estejam tentando entender e controlar os transtornos mentais, a compreensão de que essa é uma questão de saúde, digna de receber ajuda médica e psicológica, é recente.

Até o século XVII, a falta de conhecimento científico sobre o assunto era gigantesca, e os transtornos mentais acabavam sendo colocados no pacote de “problemas morais”. Assírios, babilônios e gregos achavam que as doenças da mente eram punições enviadas por um deus irado. Na Idade Média, acreditava-se que a “loucura” vinha à tona quando os instintos do corpo superavam a força do espírito divino de que eram dotados os indivíduos. Estava, portanto, ligada à ideia de pecado. Explica a psiquiatra e psicoterapeuta Fernanda Martins Sassi, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP: “Durante muito tempo, a doença mental foi considerada um castigo divino, algo vergonhoso, que desmerecia o doente e a família dele – assim como eram vistas todas as doenças graves e incuráveis, como a hanseníase ou a peste negra”.

Além disso, como até então não havia sido descoberto nenhum tratamento eficiente para as pessoas com alterações mentais e as sociedades não sabiam como lidar com elas, o destino mais comum dos sujeitos com comportamento alterado era o isolamento social, em asilos e manicômios. O encarceramento dos doentes mentais reforçava a ideia de que eles estavam sendo punidos. De certa maneira, igualava essas pessoas a criminosos, contribuindo para revestir os problemas psíquicos de uma conotação moral. Dentro dos manicômios, as tentativas de tratar os transtornos mentais eram tão absurdas, dada a escassez de conhecimento científico, que acabavam reforçando a aura de bizarrice e misticismo que já existia em torno do assunto, contribuindo para que a sociedade dita “normal” preferisse ficar alheia aos assuntos relativos às “perturbações misteriosas da mente”. Ao longo da história, buracos no crânio já foram feitos para expulsar os demônios causadores da “loucura”; sangrias tentavam regularizar o fluxo sanguíneo no cérebro dos “loucos”, que, segundo se pensava, estava alterado pelo excesso de imaginação; e

“técnicas de afogamento” eram utilizadas para suspender momentaneamente as funções vitais dos pacientes, na crença de que eles voltariam à vida com maneiras mais apropriadas de pensar.

Somente no século XVIII começou a ganhar força a ideia de que a “insanidade” não era um problema moral ou espiritual, e sim de saúde. O médico francês Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria moderna, humanizou o tratamento dos doentes mentais. Influenciado pelas ideias libertárias do Iluminismo, aboliu o uso de correntes e algemas nos “insanos” dos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, na França, e substituiu os “métodos de recuperação” que incluíam sofrimento físico por atividades laborativas e exercícios mentais. Mas os tratamentos só se tornaram verdadeiramente eficazes, a ponto de libertar os “loucos” dos hospícios e possibilitar a volta deles ao convívio social, no século passado. Na década de 1950, surgiu o primeiro remédio psiquiátrico capaz de “dominar a loucura”, ou seja, capaz de controlar os momentos de crise em que as pessoas com transtornos mentais graves, como esquizofrenia, depressão severa, transtorno bipolar, alcoolismo e dependência de drogas, perdem contato com a realidade, frequentemente tendo delírios e alucinações – os chamados surtos psicóticos.

Portanto, a história dos transtornos mentais – o modo como a humanidade compreendeu e lidou com esse problema durante milênios – colocou sobre o assunto uma carga pesada de estigma e preconceito. E, hoje, embora a ciência tenha superado a ideia de que a “loucura” seria um castigo divino, a própria natureza das afecções mentais – doenças que alteram o comportamento e provocam problemas de convivência entre as pessoas – continua a reforçar a conotação moral que elas sempre tiveram. Constantemente, pessoas acometidas por doenças graves, como o transtorno bipolar, são consideradas temperamentais, mimadas e manipuladoras, em função das frequentes oscilações de humor típicas do transtorno. Alcoolismo e dependência de drogas são interpretados simplesmente como resultado de falhas na educação e no caráter. E gente com depressão é vista, muitas vezes, como preguiçosa ou fraca. Conta o psiquiatra Valentim Gentil Filho: “Todos os dias, no meu consultório, eu vejo pelo menos um caso de um paciente que está com depressão grave e a família tenta fazê-lo ‘pegar no tranco’ – ‘alegre-se!’, ‘vamos passear’, ‘vamos viajar!’, os familiares dizem, com a melhor das intenções. Mas não dá, a pessoa está seriamente doente. Se pessoas esclarecidas têm dificuldade em entender isso, imagine onde não há instrução?”. No fundo, os transtornos mentais ainda são vistos por muitos como algo puramente “psicológico”, “emocional”, “coisas da nossa cabeça”, como se essas

expressões remetessem a algo que não existe de verdade e poderia ser revertido apenas com pensamento positivo, foco, racionalidade e força de vontade. Mas o problema não é tão simples assim.

Como bem explica o psiquiatra e psicanalista israelense Yoram Yovell, em seu livro *O inimigo no meu quarto e outras histórias da psicanálise*, os transtornos mentais estão num terreno em que alma e corpo se inter-relacionam. O cérebro é a base material do nosso mundo mental, de nossa alma – é nele que se formam os sentimentos, a visão de mundo de cada um, os estados de espírito das pessoas e tudo o que elas percebem de forma subjetiva.^{1*} Aquilo que acontece na alma tem um correspondente biológico no cérebro, e muitos dos processos químicos que ocorrem no cérebro têm um parâmetro na alma. Esse órgão tão complexo, composto por cerca de 86 bilhões de neurônios, está envolvido tanto nas nossas emoções, pensamentos e comportamentos ditos “normais”, quanto nas perturbações deles. “Qualquer distúrbio emocional, mesmo que não seja tratado por meio de remédios, consiste necessariamente num ‘desequilíbrio bioquímico do cérebro’. Biologia e psicologia, cérebro e psiquismo são apenas duas faces da mesma moeda”,¹⁸ diz Yovell.

Ou seja, sendo o cérebro o terreno concreto onde os transtornos da mente se formam, haverá mais chances de dar lugar a esses problemas se for um “terreno fértil” para eles, ou seja, se apresentar uma configuração química e biológica favorável ao desenvolvimento de depressões, ansiedades exageradas, euforias sem controle, alucinações, delírios, etc. E será ainda mais “produtivo” se for “semeado” com certos fatos difíceis da vida e “adubado” com determinadas maneiras de encará-los – a depender não só da vontade da pessoa, mas do que ela aprendeu em sua trajetória. Por outro lado, a pessoa estará mais e mais protegida contra as doenças da alma se seu cérebro não for um “solo bioquimicamente fecundo” para elas e se suas experiências de vida a prepararem emocionalmente para lidar com problemas, frustrações, desafios, mudanças, riscos e tristezas, de tal modo que seu mundo mental não constitua um “bom adubo” para o cultivo de distúrbios emocionais – ainda que, durante a vida, o sujeito tenha de encarar situações realmente sofridas ou estressantes.

Tendo isso em mente, fica mais fácil entender que uma pessoa que se deprime, num período de luto, por exemplo, não adoece simplesmente por “pensar negativo”, ou seja, porque “se deixou abater”, em vez de “se esforçar para superar a dor”. A maneira como a pessoa lida com o luto depende, sim, da maneira como ela se posiciona diante da perda, mas essa postura não é condicionada inteiramente à vontade dela; será também determinada pelo modo como o cérebro e a mente dessa pessoa – por

características inatas e experiências vividas desde a primeira infância – a predisposição a lidar com essa situação dolorosa, colocando-a numa condição mais ou menos vulnerável. Portanto, ser “forte” ou “fraco”, como as pessoas dizem, não é uma simples escolha – em termos emocionais e psíquicos, é, sobretudo, uma condição. Uma condição que pode ser modificada, ao longo da vida, a partir de experiências, aprendizados vindos de relacionamentos com outras pessoas e inclusive com a ajuda de tratamentos, mas, ainda assim, uma condição.

Curiosamente, parte da dificuldade em compreender as alterações mentais e do comportamento como problemas de saúde está relacionada justamente à parte mais concreta da história: o componente biológico dos transtornos. Afinal, se a mente (e, conseqüentemente, o cérebro) de uma pessoa está mesmo doente e tudo o que ela diz sentir não são apenas “caraminholas da sua cabeça”, por que não é feito um exame de imagem cerebral que possa comprovar de modo definitivo a existência de um transtorno psíquico? Se, para diagnosticar o diabetes, mede-se o nível de glicose no sangue e, para investigar problemas no coração, pede-se um eletrocardiograma, por que não procurar uma prova material da doença mental no organismo? Na verdade, já existem exames de imagem modernos utilizados em psiquiatria. Alguns, como a ressonância magnética e a tomografia computadorizada, registram a estrutura do cérebro numa imagem estática como um retrato. Outros mais complexos, como o PET e SPECT, captam o órgão em pleno funcionamento, identificando, por um sistema de cores, as áreas cerebrais mais e menos ativas, em situações específicas. No entanto, hoje, esses exames são utilizados quase exclusivamente para descartar a possibilidade de que tumores e lesões cerebrais possam estar causando alterações do comportamento e, assim, diferenciar esses problemas essencialmente neurológicos de transtornos mentais como a depressão e o transtorno bipolar, que resultam da interação de fatores biológicos, psicológicos e do ambiente em que a pessoa vive.

Na rotina dos consultórios, esses exames não são utilizados, porque não é possível afirmar categoricamente, olhando para uma ressonância magnética ou um SPECT, que uma pessoa tem depressão, síndrome do pânico, esquizofrenia ou qualquer outro tipo de transtorno mental. Os conhecimentos a respeito do funcionamento do cérebro ainda não são refinados o bastante para permitir aos médicos criar marcadores cerebrais superprecisos, que permitam identificar cada transtorno da mente nos exames de imagem. Embora seja fato comprovado pela ciência que os transtornos mentais são associados a componentes biológicos, é

perfeitamente possível, por exemplo, que o exame de tomografia computadorizada de uma pessoa deprimida, em intenso sofrimento, não mostre claramente nenhuma anormalidade em seu cérebro. A psiquiatra Fernanda Martins Sassi explica: “É possível que uma pessoa deprimida tenha alterações cerebrais sutis, não perceptíveis aos exames de imagem disponíveis hoje, mas já suficientes para lhe causar intenso sofrimento e muitos prejuízos na vida. Esse sofrimento e esses prejuízos já indicam que ela precisa ser tratada. Essa pessoa não pode esperar que o conhecimento científico avance na área dos diagnósticos por imagem para receber ajuda”, diz a médica. É verdade que a falta de parâmetros objetivos, tão simples e diretos quanto a medida do nível de glicose no sangue, torna difícil para muitas pessoas entenderem que os transtornos mentais são problemas de saúde reais. O aspecto subjetivo indissociável desse tipo de doença oferece maior abertura ao julgamento alheio. Mas é preciso aceitar que as doenças da alma são, sim, mais complicadas que as doenças da pele, das artérias ou do coração. E afinal, se as pessoas têm até mesmo limiares de dor física diferentes, suportando, cada uma à sua maneira, a sensação dolorosa causada por ferimentos de igual gravidade, por que teriam de reagir do mesmo modo às dores da alma causadas pelas pancadas da vida?

Quando se trata de questões mentais e do comportamento humano, a normalidade não segue um parâmetro objetivo. Embora a palavra “normal” remeta a “norma”, ou seja, o que é estatisticamente mais comum, o que está na média, não se pode dizer que são normais apenas os indivíduos que pensam, sentem e agem como a maioria das pessoas. Não existe um estado emocional ideal, um jeito certo de ver o mundo ou um comportamento padrão a ser buscado. Ser diferente da maioria pode até ser “anormal” no sentido estatístico, ou seja, incomum. Mas isso não representa, necessariamente, um problema a ser tratado. Pode ser uma simples excentricidade ou até uma qualidade – a modernidade não valoriza tanto as pessoas consideradas diferentes, fora do padrão, e, em última instância, únicas? Portanto, em matéria de psiquiatria, a linha que separa a normalidade da patologia é a seguinte: tem saúde mental a pessoa que se sente confortável consigo mesma e com as pessoas à sua volta, consegue cumprir suas responsabilidades e fazer o que tem vontade. As doenças da alma surgem quando o jeito de ser, o modo de ver o mundo e a maneira de se comportar da pessoa trazem sofrimento, tiram a liberdade de escolha e causam prejuízos para ela e para os que estão à sua volta.

São os problemas da alma – e do cérebro – o assunto deste livro. Esteja certo: qualquer sofrimento dessa natureza não é coisa da sua cabeça. Ou

melhor: são “coisas da sua cabeça”, sim, porque envolvem o seu mundo mental e o cérebro que o abriga, tendo reflexos nas suas emoções, pensamentos e atitudes, mas não são “invenções da sua cabeça”, como se costuma sugerir por aí. Nos próximos capítulos, serão abordadas as perturbações mentais mais comuns na população – a depressão, os transtornos de ansiedade e os problemas com álcool e drogas. Também será assunto deste livro o mal de Alzheimer, que tende a atingir um número cada vez maior de pessoas, à medida que a população ganha anos de vida. Além desses, dois dos transtornos mais graves e incapacitantes entre todos os problemas mentais existentes – o transtorno bipolar e a esquizofrenia – serão apresentados e destrinchados nas páginas que se seguem. Consideramos importante reunir todos esses problemas num mesmo livro, pois é relativamente comum que dois ou mais transtornos mentais acometam uma mesma pessoa. Em média, um terço dos indivíduos que têm algum problema psiquiátrico, ao longo da vida, acaba tendo também outro transtorno da mente.¹⁹ A co-ocorrência (ou comorbidade, como se diz, tecnicamente) entre ansiedade e depressão, por exemplo, é a regra, não a exceção, acontecendo em 60% dos casos.²⁰ E o abuso de álcool e drogas é bastante frequente entre pessoas com transtorno bipolar e esquizofrenia. Aqui cabe um esclarecimento importante: a terminologia empregada nos diagnósticos médicos é adotada neste livro como um meio de facilitar a identificação de cada um desses problemas, mas os nomes dos transtornos não devem ser tomados como rótulos estigmatizantes. Dizer que uma pessoa tem esquizofrenia ou transtorno bipolar, por exemplo, não significa que ela seja alguém restrito à doença – há muita vida e individualidade além disso.

No capítulo que se segue imediatamente a este, é feito um breve mapeamento dos transtornos mentais na população, mostrando os grupos em que eles são mais comuns. Depois, cada um dos seis capítulos seguintes é dedicado a um tipo de transtorno específico. Partiremos de relatos de pessoas que têm ou tiveram sua saúde mental e suas vidas marcadas por um desses problemas para fornecer explicações médicas e psicológicas sobre a origem dessas perturbações, os sintomas através dos quais elas se manifestam, a forma como evoluem, os tratamentos disponíveis e as perspectivas de cura e controle. Para cada um dos transtornos abordados neste livro, será discutido: quando um comportamento “estranho” deve servir de sinal de alerta? Qual o limite entre o normal e o patológico? Qual a hora de procurar ajuda especializada? Muita calma na hora dessa leitura, sim? Identificar em si um ou outro sintoma de qualquer transtorno não quer dizer que você tenha

um problema psiquiátrico. É preciso um conjunto de sintomas, num período contínuo e prolongado de tempo, causando incômodo e problemas na vida da pessoa para se caracterizar a presença de uma doença de ordem mental. Ao longo do livro, estarão disponíveis testes de autoaplicação que ajudarão você a identificar se anda apresentando sinais de depressão, transtorno bipolar, algum tipo de ansiedade exagerada ou se vem pegando pesado no uso de álcool e outras drogas. Esses testes não fornecem diagnósticos de transtornos mentais, pois só um especialista é capaz de fazê-los. Mas eles acendem uma luz – verde, amarela ou vermelha – que sinaliza se há necessidade de procurar ajuda médica e psicológica para esclarecimento sobre o assunto. Os nomes das pessoas que compartilharam suas histórias neste livro foram alterados para preservar a intimidade delas. Apenas um dos entrevistados, o engenheiro Valério Moruzzi, fez questão de ter seu nome e sobrenome publicados. Sua vontade foi respeitada, como se pode constatar no capítulo que trata da depressão.

Na reta final, apresentamos ainda dicas de como a família pode ajudar no tratamento dos problemas psiquiátricos graves, que alteram completamente a vida doméstica, e traçamos um panorama sobre a situação da assistência à saúde mental no Brasil, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS). O último capítulo é dedicado às possibilidades de prevenção dos transtornos mentais – já diziam nossas avós, prevenir é sempre melhor que remediar. Nas páginas derradeiras, um glossário ajuda a entender alguns termos técnicos utilizados ao longo do livro, com definições que vão além da noção intuitiva e, às vezes, pouco precisa que o senso comum tem a respeito deles.

Esperamos que, ao final deste livro, os caminhos tortuosos da mente pareçam menos obscuros e que um passo seja dado na direção de uma convivência mais pacífica com as doenças da alma, que tantas pessoas enfrentam ao longo da vida.

Boa leitura.

Notas

¹* Foi o grego Hipócrates (460-375 a.C.), considerado o pai da medicina ocidental, quem elegeu o cérebro como o centro das funções mentais e de suas alterações, contrapondo-se à concepção aristotélica de que o coração era o centro das emoções humanas.

Um mapa dos transtornos mentais

Saber que uma em cada três pessoas desenvolve um transtorno mental, ao longo da vida, ajuda a entender o quanto esse problema é comum.

No entanto, o que esse número mostra, como toda estatística, é um dado abstrato, e é preciso revelar as nuances reais por trás dele. Embora as alterações da mente e do comportamento estejam presentes em todas as etnias, culturas e classes sociais, determinadas pessoas são mais vulneráveis a elas. Isso ocorre por motivos sobre os quais não se pode ter controle – o sexo do sujeito ou os genes que herda, por exemplo –, ou por fatores passíveis de mudança, como o ambiente em que se vive e os hábitos de vida que se adota. A seguir, apresentamos um mapeamento dos transtornos mentais na população. Nesse “mapa”, serão identificados os grupos em que os problemas da mente são mais frequentes e as explicações que a ciência tem a esse respeito.

Mulheres

As mulheres são especialmente vulneráveis aos transtornos mentais mais comuns na população – a depressão e a ansiedade.²¹ Para cada homem deprimido, há pelo menos duas mulheres com o mesmo problema. No caso dos transtornos de ansiedade, que incluem síndrome do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), fobias, estresse pós-traumático e ansiedade generalizada, a proporção chega a um homem para cada três mulheres. Parte da culpa – sim, homens, vocês já diziam! – é dos hormônios. Hoje a ciência já sabe que o estrógeno, hormônio sexual feminino, interfere em diversas funções cerebrais. Essa substância, que inclusive já foi chamada de “tônico mental”, ajuda a regular a ação de certas substâncias responsáveis pela comunicação entre os neurônios, os chamados neurotransmissores. Em especial dois deles, que são envolvidos nos mecanismos da depressão e da ansiedade – a noradrenalina e a serotonina. Por isso, grandes oscilações hormonais, típicas de algumas fases da vida da mulher, como o período pré-menstrual, o pós-parto e a pré-menopausa, podem interferir no funcionamento saudável desses neurotransmissores e favorecer o aparecimento de desequilíbrios psíquicos. E, aqui, é importante

destacar o *podem*. Não são todas as mulheres que se deprimem ou têm problemas de ansiedade nessas fases, apenas aquelas que são mais sensíveis às variações hormonais. E, ao que tudo indica, essa hipersensibilidade se deve a uma predisposição genética.

A influência dos hormônios no humor das mulheres é tão significativa que casos leves de depressão na pré-menopausa (ou seja, nos cinco anos que antecedem o fim natural e definitivo da menstruação, por volta dos 50 anos de idade) costumam ser tratados apenas com reposição hormonal. O tratamento, nesse caso, funciona tanto de maneira direta, regulando a ação dos hormônios sexuais ligados à depressão, quanto de modo indireto, melhorando os sintomas físicos típicos dessa fase – ondas de calor, irritabilidade, insônia e palpitações –, que estressam a mulher e contribuem para o surgimento dos sintomas de ansiedade e depressão.

As mudanças de vida que ocorrem nesses momentos de grande flutuação hormonal também têm um papel importante no desencadeamento de quadros de depressão e ansiedade. No período da pré-menopausa, é comum a mulher ter de lidar com questões que lhe causam angústia, como a perda de desejo sexual, a saída dos filhos de casa e a estagnação no trabalho, às vezes, sem que ela consiga descobrir novos interesses na vida. Somado às flutuações hormonais e ao mal-estar físico típico desse período, o contexto dessa fase de vida pode acabar influenciando a saúde emocional da mulher.

Mesmo a TPM, com a qual as mulheres têm de conviver todos os meses a partir da adolescência, pode levar a quadros ansiosos e depressivos. Não estamos falando daquela TPM leve ou moderada, que a maioria das mulheres tem – essas sofrem um pouco mais com a bronca do chefe, ficam mais sensíveis às críticas do namorado e abusam um pouco do chocolate “naqueles dias”, mas conseguem trabalhar normalmente e não saem brigando feio com todo mundo. Nesse nível, o problema pode ser amenizado com mudanças na alimentação e exercícios físicos. Mas há um tipo de TPM grave, que atinge 5% das mulheres e é devastadora. Essa tem até nome próprio – transtorno disfórico pré-menstrual – e causa sintomas psíquicos severos, três a dez dias antes da menstruação: choro fácil, sensação de nervos à flor da pele e agressividade fora de controle. A mulher pode chegar a agredir fisicamente membros da família, em decorrência dessa tensão pré-menstrual exagerada, e fica mais exposta a acidentes também. Nesse caso, é fundamental pedir a ajuda de um especialista. Segundo o psiquiatra e psicoterapeuta Joel Rennó Jr, diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher do Instituto de Psiquiatria da USP, esse quadro de TPM grave pode ser considerado um tipo de

depressão breve associado ao ciclo menstrual. “Embora não seja oficialmente classificado como um quadro de depressão, a TPM grave é parecida com a depressão, do ponto de vista dos mecanismos biológicos envolvidos”, explica Rennó. A experiência dos médicos mostra que as mulheres com TPM grave têm mais chances de ficar deprimidas no pós-parto e na pré-menopausa, porque são mais vulneráveis às grandes oscilações hormonais que ocorrem em todas essas fases.

O período pós-parto e mesmo a gestação têm seus conflitos próprios. Gravidez não planejada, problemas no casamento, histórico de abortos espontâneos em gestações anteriores, aparecimento de problemas de saúde, como hipertensão e diabetes gestacional, e gravidez na adolescência são fatores que podem funcionar como gatilhos para a depressão e a ansiedade nesse momento. “As pessoas veem a gestação como um período sem estresse, em que a mulher está em estado de graça, mas, infelizmente, isso não se aplica a todos os casos”, analisa Rennó. Alguns quadros de depressão e ansiedade começam de forma mais leve na gestação e pioram no pós-parto. Com o bebê recém-nascido, os níveis de estrogênio caem bruscamente no organismo feminino, depois de terem aumentado cerca de mil vezes na gravidez. Além do fator hormonal, muitas mulheres vivem um grande conflito nesse momento: querem se dedicar à maternidade, seguindo o modelo da mãe superpresente que tiveram, mas sem deixar de lado a carreira na qual tanto investiram. E não abrem mão de fazer tudo de maneira perfeccionista. “Essa situação é bastante sofrida para as mulheres. Elas vivem o tempo inteiro em ambivalência e carregam uma forte sensação de culpa”, diz Rennó.

Alguns estudiosos acreditam que o papel social que é atribuído às mulheres também as torna mais vulneráveis aos transtornos mentais. Principalmente em comunidades mais tradicionais, muitas ainda vivem como pessoas dependentes, com pouco poder de decisão e baixa autoestima, quando comparadas aos homens. A pesquisadora Laura Guerra de Andrade, coordenadora do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica da USP e membro de um consórcio internacional nessa área, chamado The World Mental Health Survey Initiative, analisa: “Não existe diferença na prevalência de depressão entre meninos e meninas, quando crianças. Mas, quando eles chegam à puberdade, a adolescente fica mais vulnerável. Começam a atuar aí não só questões hormonais, mas também psicológicas e sociais: parece que a mulher começa a sentir que tem muita coisa fora do controle dela, ou seja, por mais que ela tente, algumas coisas não vão mudar. Ela, então, começa a experimentar certa sensação de impotência, fica cada vez mais passiva, e isso pode levá-la à depressão”. Os homens,

ao contrário, são educados para serem ativos, “donos da situação”, portanto, carregam consigo a sensação de que as coisas estão sob seu controle – e essa sensação de segurança parece protegê-los dos quadros depressivos.

Para além dos fatores hormonais e sociais ligados à depressão feminina, há que se considerar o fato de que os homens lidam com suas angústias de maneira bastante diferente das mulheres. Eles procuram médicos com muito menos frequência que elas para tratar de suas queixas de saúde. Quando se trata de sofrimentos emocionais, então, essa verdade vale por duas. Eles costumam tentar “segurar o tranco” sem a ajuda de especialistas e aliviam aflições e conflitos à sua própria maneira: “Nos homens, talvez a depressão fique um pouco mascarada por um comportamento mais explosivo ou pelo uso de álcool e drogas em geral”, analisa Laura de Andrade. O alcoolismo é duas vezes e meia mais frequente no universo masculino que entre as mulheres.

Jovens adultos

Os transtornos mentais mais comuns na população surgem, geralmente, na juventude. Um estudo recente conduzido pelo consórcio internacional The World Mental Health Survey Initiative, que reúne pesquisadores do mundo inteiro com o objetivo de levantar dados estatísticos sobre os problemas mentais em diversos países, apontou que os problemas de ansiedade começam, em média, aos 15 anos, enquanto os transtornos do humor, que incluem a depressão, geralmente têm início aos 26 anos, e a dependência de álcool e drogas ocorre, em geral, a partir dos 21 anos de idade.²² A transição da adolescência para a vida adulta é um momento propício para que as vulnerabilidades emocionais e psíquicas apareçam. “Nessa fase, as pessoas se sentem cobradas a tomar uma série de decisões: quando vão perder a virgindade, se irão beber ou não, se vão ou não usar drogas com os amigos, que profissão irão seguir, onde vão trabalhar, como vão pagar as contas... Nesse momento, o estresse surge de forma mais presente na vida das pessoas e favorece o aparecimento das fragilidades que elas já tinham”, explica a psicóloga Danielle Bio. Ou seja, é nesse período da vida que a maioria dos indivíduos começa a sair do círculo de proteção dos pais e passa a ser cobrada por seu próprio desempenho e suas responsabilidades na vida acadêmica, no mercado de trabalho e nas relações pessoais. Para algumas pessoas, isso pode ser bastante difícil de enfrentar. A capacidade de lidar com o estresse dependerá do quanto o sujeito aprendeu a enfrentar as situações difíceis, desde a infância – se foi

estimulado a tomar decisões e resolver problemas ou, ao contrário, teve sempre alguém que fizesse isso por ele; se recebeu apoio para se arriscar em situações novas; ou se viu pessoas à sua volta lidando bem ou mal com situações estressantes. Essa habilidade será influenciada também por características inatas de cada indivíduo – há quem, desde cedo, fique mais amedrontado diante de situações desconhecidas ou conflituosas e aqueles que têm mais iniciativa para encará-las.

Embora o mais comum seja os transtornos emocionais eclodirem no período de transição para a vida adulta, ou seja, quando a rede de proteção da família se afrouxa e os fatores estressantes na vida do jovem se multiplicam, o problema pode se manifestar ainda na infância, nos casos em que há uma forte predisposição genética ou em que a criança passa por experiências muito traumáticas. Um estudo recente da Associação Brasileira de Psiquiatria apontou que quase 13% dos brasileiros entre 6 e 17 anos apresentam sintomas de transtornos mentais importantes, que precisariam de auxílio especializado.²³

População urbana

Não é preciso ser exatamente um grande cientista para supor que viver entre montanhas, respirando ar puro, medindo as horas pela trajetória do sol e locomovendo-se de bicicleta é melhor para a saúde do que enfrentar horas de trânsito todos os dias e impor a si mesmo uma rotina de tarefas impossíveis de cumprir em 24 horas. Pois é. Quem estuda o assunto foi além da suposição e já descobriu que morar numa grande cidade chega a dobrar as chances de uma pessoa desenvolver um transtorno psíquico, em relação a quem vive no ambiente rural. Estímulos visuais por todos os lados, pressão por consumo, carga de trabalho excessiva, competição exacerbada, volumes ilimitados de informação, desigualdade social, violência... A lista de reclamações que está na ponta da língua de qualquer morador de uma grande cidade pode ser resumida em uma palavra: estresse. Esse vilão que está por trás de uma série de doenças do corpo, como diabetes, hipertensão, derrames e infartos, também representa um fator de risco para os transtornos mentais.

Sentido de maneira pontual, o estresse não chega a ser um problema, pois o organismo é preparado para lidar com ele. Em situações de tensão, o corpo aciona hormônios e outros recursos que nos põem em alerta e nos dão condições de encarar o desafio. Resolvida a questão, tudo volta ao normal. O problema é quando o corpo é exposto a situações de desgaste emocional constantemente – a pressão contínua pode levar o corpo e a

mente a um estado de exaustão. “Na vida que se leva hoje, nas grandes cidades, é preciso acionar os mecanismos de alerta do corpo com muita frequência, e, por isso, as pessoas ficam esgotadas física, mental e emocionalmente”, explica o psiquiatra e psicoterapeuta Wang Yuan Pang, pesquisador do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica da USP. Um exemplo: se uma pessoa precisa trabalhar até mais tarde, um ou dois dias da semana, para atender um prazo apertado, o corpo a ajuda a ficar mais atenta e ágil, liberando uma série de hormônios que desencadeiam uma cascata de reações: o organismo disponibiliza mais glicose (ou seja, energia) para os músculos e para o cérebro, dilata as pupilas para aumentar a acuidade visual e coloca mais células de defesa em circulação no sangue para proteger o corpo de vírus, bactérias e outros agentes agressores. São os mesmos mecanismos biológicos que permitiam aos nossos antepassados fugir de um leão ou dar um jeito de matá-lo. No entanto, se esse esforço adicional de trabalho vira uma rotina – com o perdão do trocadilho, se a pessoa precisa “matar um leão por dia” –, o estado de estresse se torna crônico e ela começa a não aguentar. O desempenho diminui e ela fica mais vulnerável a doenças – surgem aí desde resfriados, alergias e crises de gastrite a infartos e quadros de depressão e ansiedade. A psiquiatra Laura de Andrade pondera: “A exigência excessiva pesa. As pessoas ficam com a sensação de estar sempre devendo, sentem-se insatisfeitas, frustradas. E isso as deixa ansiosas e deprimidas”.

Do ponto de vista biológico, as alterações produzidas pelo estresse no organismo – o aumento dos níveis de hormônios como o cortisol e a noradrenalina, por exemplo – podem interferir na regulação dos mensageiros químicos cerebrais ligados à depressão e à ansiedade. Do ponto de vista psicológico, os fatores estressantes deixam as pessoas inseguras e ansiosas, fragilizando-as emocionalmente. Por isso é tão comum ouvir relatos de gente que ficou deprimida ou teve crises de ansiedade em períodos de grande estresse no trabalho, ao perder o emprego, depois de sofrer um assalto violento, num momento de luto ou devido a problemas familiares, como o divórcio ou o envolvimento dos filhos com drogas.

A migração, outro fenômeno comum nas grandes cidades, também tem relação com a maior incidência de transtornos mentais no ambiente urbano. Desligar-se da família e dos amigos e ir viver longe, muitas vezes nas áreas periféricas de uma grande metrópole, com más condições de moradia, transporte, educação e segurança, pode contribuir para o surgimento de problemas como depressão e abuso de álcool e de drogas.

O papel do ambiente urbano no desencadeamento de transtornos

psíquicos vem se tornando cada vez mais relevante nas últimas décadas, à medida que a população mundial se concentra nas cidades. Na década de 1950, apenas 30% das pessoas viviam nos centros urbanos; hoje, mais da metade delas está nas cidades e, em 2050, essa proporção deve chegar a quase 70% de toda a população mundial. Um estudo publicado recentemente na prestigiosa revista científica *Nature* mostrou, pela primeira vez, por meio de exames de imagem, que morar em regiões urbanas pode levar a alterações cerebrais favoráveis ao surgimento de problemas emocionais. Os estudiosos selecionaram para a pesquisa participantes alemães com três perfis diferentes: jovens moradores de cidades com mais de 100.000 habitantes, moradores de municípios com menos de 100.000 habitantes e gente que vive em áreas rurais. Todos eles foram submetidos a situações de pressão e tiveram seus níveis de estresse aumentados, conforme indicou a medição de seus batimentos cardíacos e dos níveis do hormônio cortisol no sangue. No entanto, os exames de ressonância magnética que registraram as reações de seus cérebros às situações de pressão indicaram o seguinte resultado: as áreas do cérebro responsáveis pela resposta ao estresse se mostraram mais ativas nos moradores das grandes cidades que nos habitantes das áreas rurais e de cidades médias.²⁴ É a confirmação biológica do que médicos, psicólogos e estressados já sabiam.

Vítimas de maus-tratos na infância

“Alguém que tenha sido o predileto incontestável de sua mãe carrega pela vida afora um sentimento de vitória e uma certeza de ser bem-sucedido, que frequentemente levam de fato ao sucesso.” A frase é do pai da psicanálise, Sigmund Freud (1856-1939). Ela mostra como o cuidado e o amor na primeira infância são fundamentais para o desenvolvimento saudável e a trajetória de uma pessoa ao longo da vida. Pessoas que foram abandonadas, negligenciadas, sofreram violência física e psicológica ou abuso sexual quando crianças têm mais chances de desenvolver transtornos psíquicos na vida adulta. Os traumas na infância podem predispor a uma série de problemas, como depressão, ansiedade, uso excessivo de álcool e outras drogas, distúrbios alimentares e transtornos de personalidade. Estudos estatísticos permitem estimar que entre 25% e 35% das crianças vítimas de maus-tratos terão depressão quando chegarem aos 20 anos de idade. A violência física e o abuso sexual, especialmente, duplicam as chances de um jovem nessa faixa de idade cometer suicídio.²⁵

A pergunta inevitável, nesses casos, é como um trauma vivido na

infância pode desencadear uma doença psíquica e emocional tanto tempo depois, na juventude? Uma resposta possível a essa questão está nos mecanismos da memória. Às vezes, os eventos traumáticos ficam gravados num tipo de registro diferente daquele que nos permite lembrar números de telefone e datas de aniversário. Trata-se de uma lembrança não consciente, relacionada ao medo, chamada memória emocional. Embora seja um tanto vaga, esse tipo de memória é muito difícil de apagar. Ela fica registrada em uma área do cérebro chamada amígdala, enquanto as memórias mais explícitas – o número de telefone e a data de aniversário – ficam gravadas no hipocampo. A memória do hipocampo é mais rica em detalhes, mas também mais fácil de esquecer. Em seu livro *O inimigo no meu quarto*, o psiquiatra e psicanalista Yoram Yovell explica em detalhes como os mecanismos da memória atuam nos eventos traumáticos: “Em momentos de tensão elevada, é possível que o hipocampo, que registra a memória explícita do que está ocorrendo, pare de funcionar. Ao mesmo tempo, a amígdala funciona muito bem, exercendo sua função de memorizar de modo implícito e inconsciente as reações de medo e os estímulos que as provocam”.²⁶ O resultado é o seguinte: “o trauma, em si mesmo, não é lembrado, apesar de ser possível, em certos casos, recordá-lo. Mas o medo e a angústia do trauma são muito bem memorizados, assim como os estímulos ligados a eles”.²⁷

Há ainda outros mecanismos envolvidos na relação entre os traumas da infância e os transtornos mentais que surgem na vida adulta. Yovell explica que bebês e crianças que passam por situações de tensão emocional com muita frequência tendem a ter os circuitos cerebrais ligados ao estresse alterados, o que as coloca num estado de “emergência permanente” e as torna mais vulneráveis a episódios de depressão e pânico na vida adulta. Esse estado de alerta permanente é ativado por um neurotransmissor chamado CRF (fator de liberação de corticotropina). Esse neurotransmissor é normalmente produzido e liberado no cérebro para responder a situações de perigo e tensão. Mas, se a tensão emocional é contínua nos primeiros anos de vida, a produção de CRF aumenta de maneira definitiva e a pessoa entra em estado de alerta constante. O cérebro das pessoas gravemente deprimidas tem 2,5 vezes mais neurônios produtores de CRF que o cérebro das pessoas saudáveis.

Os prejuízos causados pelos maus-tratos na infância não ocorrem apenas nos casos graves de abandono, violência física ou abuso sexual. Situações mais sutis também podem causar danos no futuro. Em seu livro de histórias da psicanálise, Yovell descreve uma pesquisa com macacos, conduzida por pesquisadores da Universidade de Columbia, em Nova

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

York, EUA, que demonstra o efeito de uma negligência leve. Os pesquisadores provocaram certo nível de tensão nas mães de um dos grupos de macacos estudados, alternando os horários em que eram fornecidos alimentos. Em função disso, as mães-macacas desse grupo ficavam preocupadas em procurar comida e menos disponíveis para dar atenção aos seus filhotes. Enquanto isso, o grupo controle de macacos recebia as refeições em horários fixos – as mães, portanto, não tinham preocupações com a comida e podiam cuidar e brincar mais com seus macaquinhos. Dois anos depois dessa intervenção, os pesquisadores voltaram a observar os macacos do experimento. E constataram que os filhotes das mães preocupadas eram mais tímidos, mais medrosos e ocupavam posições sociais mais baixas que os macacos que eram filhos das mães “tranquilas” e mais disponíveis. Além disso, a quantidade de CRF produzida pelo cérebro dos filhotes das mães preocupadas era maior. Ou seja, mesmo quando a negligência é leve e involuntária, decorrente das circunstâncias de sobrevivência, pode trazer prejuízos.

Pessoas com histórico de transtornos mentais na família

A família é o primeiro ambiente social na vida das pessoas. É no seio familiar que cada um forma muitas das características básicas de sua personalidade, cria confiança nos vínculos afetivos, constrói autoestima, desenvolve-se psicologicamente e aprende a se ver como um indivíduo com sua própria identidade. Pela influência fundamental que exerce, a família pode ter um papel protetor contra o aparecimento de transtornos psiquiátricos, mas também favorecer o surgimento desse tipo de doença, a depender de sua estrutura, funcionamento e contexto de vida. A influência – positiva ou negativa – pode ser fruto da convivência ou da herança genética. Especialmente quando há um histórico de alterações mentais na família, é preciso ficar atento à possibilidade de que problemas dessa natureza apareçam de maneira recorrente nas gerações futuras.

Hoje já se sabe que a maioria dos transtornos psíquicos tem fatores genéticos entre suas causas. A chance de ter esquizofrenia aumenta 13 vezes (sobe de 1% para 13%) no caso das pessoas que têm pai ou mãe com o mesmo problema, por exemplo; no caso da depressão, as chances aumentam de duas a quatro vezes. Aqui, é importante deixar claro que a relação entre a genética e os problemas mentais não é determinista – o que se herda, através dos genes, não é a doença propriamente dita, e sim a predisposição a desenvolvê-la. É preciso que fatores externos atuem para

desencadeá-la. A genética serve, na verdade, como um sinal de alerta. Se há um histórico familiar presente, é preciso redobrar os cuidados para evitar outros fatores de risco que possam ativar os genes e fazer com que a doença venha à tona. Há pesquisas recentes mostrando, por exemplo, que o uso frequente de maconha na adolescência duplica as chances de uma pessoa desenvolver depressão e triplica o risco de ter esquizofrenia. Cercar-se de elementos protetores que aumentam a resistência a doenças mentais também é uma boa medida. Atividade física, práticas espirituais e religiosas, meditação, cultivo de boas relações sociais e familiares e psicoterapia ajudam a desenvolver a capacidade de resolver problemas, lidar com situações de estresse, manter a sensação de autocontrole, equilíbrio emocional e bem-estar e, conseqüentemente, a prevenir os transtornos mentais. Esse assunto será desenvolvido no último capítulo do livro, que trata da prevenção de transtornos da mente.

Depressão – quando se está à deriva, numa vida que perdeu a graça

Quando terminou um namoro de cinco anos com um rapaz com quem tinha planos de se casar, Alice, jornalista, 28 anos, sentiu uma das maiores tristezas de sua vida. Durante seis meses, perdeu a conta de quantas noites adormeceu chorando. Sentia dor no peito, angústia. Um misto de tristeza, incredulidade pelo repente da mudança, raiva pela forma atrapalhada como a relação terminara e saudades da pessoa com quem mais havia dividido momentos íntimos, felizes e difíceis. Mas todo o sofrimento que sentiu por essa perda em nada se compara ao que viveu enquanto esteve em depressão, quatro anos antes. “Quando terminei o namoro, o que eu sentia era uma tristeza forte. A raiva, a decepção e a saudade também eram intensas. Tudo em mim era muito cheio de sensações, de emoções que são do ser humano. E tinham um motivo claro, específico. Na depressão, era bem diferente: a minha tristeza era oca, vazia. Não tinha pulsão de vida. E era um sentimento meio vago, generalizado. Eu não queria fazer nada. Não queria sair da cama de manhã, não tinha vontade de comer... Perdi sete quilos em nove meses. Essa falta de apetite se estendia a tudo. Eu perdi o gosto pelas coisas da vida. Me sentia inerte, boiando, à deriva. Até continuava fazendo o meu trabalho com afinco, porque sempre fui caxias e perfeccionista. Recebia elogios e tudo o mais... Mas tudo era muito pesado, custoso e sofrido. Muito diferente também era a minha capacidade de reagir à tristeza. Depois do fim do namoro, eu conseguia me alegrar, em certos momentos. Se uma amiga insistisse para ir com ela ao cinema, por exemplo, eu conseguia me envolver com o filme, me distrair por um tempo. Durante a depressão, esse tipo de coisa não me ajudava em nada. Eu achava um saco ter que vestir uma roupa, sair de casa, não conseguia ver a menor graça no filme... Isso só servia para alegrar as pessoas à minha volta, que acreditavam estar me animando. O que me fazia sentir apoio era ter as pessoas por perto, mas em casa, sem a obrigação de fazer coisa alguma.”

O que Alice acabou de descrever são os sintomas centrais da depressão,
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

o mais comum dos transtornos da mente, que atinge uma em cada seis pessoas, ao longo da vida.²⁸ Mais do que a tristeza experimentada nos momentos difíceis que ocorrem com todo mundo, o que as pessoas em depressão sentem, em diferentes graus, é uma enorme falta de prazer e motivação e uma sensação permanente de vazio e melancolia. “Às vezes, a pessoa deprimida não chega a se sentir triste, mas não acha graça em coisa nenhuma, não tem energia para fazer nada, não vê sentido na vida”, explica o psiquiatra Ricardo Alberto Moreno, diretor do Programa Transtornos Afetivos (Progruda), do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP). Além desses dois aspectos definidores do transtorno, há ainda uma série de sintomas que uma pessoa depressiva pode apresentar. Na forma clássica da doença, a chamada depressão melancólica, que representa 60% a 70% dos casos, é comum o sujeito perder o apetite e emagrecer, sem fazer dieta. Frequentemente, tem também problemas de insônia – demora mais que o habitual a pegar no sono ou acorda espontaneamente uma a duas horas antes do que de costume, sem que esteja completamente revigorado. O humor e a falta de energia pioram pela manhã. Na depressão atípica, que acomete 15% dos pacientes deprimidos, os sintomas físicos se invertem: a pessoa tem mais apetite que o normal, ganha peso e tem sono excessivo – costuma dormir duas horas além do que está acostumada e, mesmo assim, vive exausta. As pernas chegam a ficar pesadas, como se estivessem arrastando correntes. Há ainda outros tipos de depressão: sazonal (ligada a invernos rigorosos, nos países nórdicos), pós-parto (que geralmente começa durante a gravidez e torna-se mais evidente no primeiro mês após o nascimento do bebê), depressão ansiosa (com sintomas de ansiedade, como taquicardia, suor excessivo, dor de barriga, agitação mental e física, estado de alerta constante, com a sensação de que algo ruim vai acontecer) e depressão psicótica (a forma mais grave da doença, em que a pessoa se desliga da realidade, podendo ter delírios e alucinações).

Qualquer que seja o tipo de depressão e o grupo de sintomas que define cada um deles, a marca desse transtorno é a negatividade. Os sentimentos e pensamentos se voltam todos para baixo. A pessoa fica pessimista, com a autoestima baixa, julga-se incapaz ou até inútil, sente culpa por tudo, fica à flor da pele, chora facilmente, torna-se desconfiada, sente mais medo. Tem muitas críticas e exigências, nada lhe agrada e o mau humor e a irritação são constantes. A pessoa passa a enxergar problemas e dificuldades em coisas que antes lhe eram triviais, como cumprir a rotina dos filhos, dar conta das tarefas do trabalho, fazer ginástica ou ir a uma festa. Tomar decisões também passa a ser mais complicado. O deprimido, em geral,

torna-se um sujeito hesitante. Tende a ficar ruminando pensamentos ruins e sofre com ideias de ruína financeira, fracasso, doença e morte. Está, enfim, de mal com a vida e, em última instância, sentindo-se sem vida (*no final do capítulo, um teste ajuda a identificar os sintomas de depressão*).

Todos esses sintomas não se limitam a um sofrimento subjetivo. O mal-estar causado pela depressão acaba comprometendo as atividades e relações da pessoa que está doente. Ela se sente chata, desagradável – e, muitas vezes, está, de fato, pouco agradável, por causa da percepção negativa do mundo que a doença lhe impõe. Isso faz com que muitos colegas, amigos, namorado e familiares vão se afastando, mesmo sem querer, no momento em que a pessoa mais precisa de apoio e paciência. Marcela, também jornalista, 29 anos, desde 2008 enfrenta um processo depressivo e sentiu seu último namoro ser afetado pela depressão: “Embora soubesse que eu estava doente, o meu ex-namorado nunca conseguiu entender de fato o que se passava na minha cabeça que me fazia ver o mundo de uma forma tão negativa, de só querer ficar dormindo, de chorar tanto quanto eu chorava e ainda choro. Ele sempre dizia para mim: ‘Você tem que reagir’. E eu respondia: ‘Eu sei que eu tenho que reagir. A questão, para mim, é como fazer isso... Eu estou em depressão justamente porque estou com dificuldade de reagir’. Mas, para ele, era muito difícil entender. Parecia uma questão de pensar positivo... Quando a gente terminou o namoro, por uma série de outras questões, ele me disse que a doença pesou em alguns momentos”. Não é raro que relacionamentos sucumbam à depressão. A falta de interesse em passear, a perda da vontade de namorar e todos os problemas de convívio que a depressão traz acabam desgastando as relações. “Às vezes, a pessoa chega ao consultório dizendo que começou a se sentir deprimida depois de um divórcio, mas, na verdade, quando vou conversando com ela, percebo que o casamento chegou ao fim devido a dificuldades que a depressão não diagnosticada e não tratada causou”, explica a psiquiatra Doris Hupfeld Moreno, também pesquisadora do Progruda, da USP.

Para quem nunca viveu uma depressão, é realmente difícil compreender os comportamentos de uma pessoa com o transtorno. São problemas de alguém com a “alma doente”, que “não podem ser compreendidos por pessoas, graças a Deus, sãs”, escreveu sobre a própria depressão a escritora Clarice Lispector, em carta endereçada à irmã Tania.²⁹ É comum que a pessoa deprimida tenha crises de choro “do nada” ou por um motivo mínimo, que ela própria sabe que não justifica o descontrole emocional. Mas, se lhe perguntam por que está chorando e o que está sentindo, ela frequentemente não sabe explicar. Não sabe porque realmente não há

nenhum fato imediato motivando a sua tristeza intensa. Ela simplesmente está “sintonizada no canal da tristeza”. Quando a depressão se manifesta predominantemente com mau humor e irritabilidade, pode ser ainda mais difícil de conviver, pois quem está de fora não vê a pessoa deprimida como “vítima” ou como alguém que precisa de ajuda, mas sim como alguém agressivo, arredio e que não quer auxílio. Estender a mão a uma pessoa doente e não vê-la retribuir o gesto pode ser muito frustrante e cansativo. Mas é preciso fazer algum esforço para compreender que, na maior parte das vezes, quem está em depressão não tem mesmo condições nem de erguer a própria mão para receber amparo. Precisa de uma ajuda especializada mais robusta para se reerguer. Enquanto isso, diz a psicóloga Jônia Lacerda, do Ambulatório de Família do Instituto de Psiquiatria da USP, a melhor forma de apoio pode ser simplesmente estar por perto e cuidar para que a pessoa vá ao psicólogo, tome os remédios indicados pelo psiquiatra corretamente, tente fazer exercícios físicos, durma horas suficientes e tenha uma rotina equilibrada, para que tudo isso lhe ajude a sair da tormenta emocional.

Se a doença não é tratada e vai se agravando, pode também ter repercussões na vida profissional. Há pessoas que chegam a ser demitidas do trabalho – ou elas mesmas pedem demissão – porque não dão mais conta de suas tarefas. Em alguns casos, o sujeito não dá conta objetivamente das obrigações – perde dias de expediente, descumpre prazos, tem a qualidade de seu trabalho comprometida. Em outros, entrega o resultado esperado, mas não consegue suportar o desgaste emocional e físico que isso acarreta. A depressão provoca tanto cansaço e abala de tal maneira a autoestima das pessoas que pode fazê-las pensar que não são capazes de cumprir funções que desempenharam muitíssimo bem por anos. E aí elas começam a ter desejos de ganhar a vida com atividades mais simples, que exijam pouco delas. Alice, por exemplo, que hoje tem uma função de coordenação em seu novo emprego, realiza frequentes viagens internacionais a trabalho e dá conta de grandes responsabilidades, a certa altura da depressão pensou que talvez fosse melhor largar a carreira de jornalista e levar a vida vendendo cosméticos. O engenheiro Valério Moruzzi, 68 anos, que já ocupou cargos de diretoria em diversas companhias onde trabalhou por mais de dez anos, chegou a verificar as providências necessárias para se tornar taxista, durante o terceiro episódio depressivo que teve na vida. Não há nada de errado com essas profissões. Mas elas não eram o que Alice e Valério gostariam, genuinamente, de fazer a cada dia de suas vidas. Eram só alternativas que pareciam protetoras em momentos em que eles se sentiam muito frágeis. Na cabeça

deles, vender cosméticos ou ser chofer de táxi eram atividades menos sujeitas às pressões profissionais que tanto os afetavam.

A depressão pode também ir provocando sequelas emocionais, se deixada a seu próprio curso. Imagine o sofrimento de uma pessoa extremamente religiosa que, alguma vez, em um momento de forte depressão, tentou suicídio, um ato fortemente condenado pelo catolicismo, pelo judaísmo, pelo islamismo e por diversas outras religiões? Ou a culpa que carrega uma mãe que, durante as “trevas” de uma depressão pós-parto, chegou a pensar em matar o próprio filho? Ou, mesmo sob uma perspectiva menos drástica, pense na mudança no modo de viver, de ver-se e de ver o mundo que ocorre a uma pessoa que passou anos a fio enxergando tudo sob o véu da depressão? “As sequelas deixadas por uma depressão prolongada ou recorrente podem mudar a personalidade de uma pessoa. Ela pode se tornar pessimista, retraída ou cronicamente amargurada, se não se tratar”, explica Moreno.

Muitos ainda pensam (mesmo que não digam em voz alta) que depressão é “coisa de gente rica”. Como se diz popularmente: “crise existencial de quem não tem com o que se preocupar”. Ou mais grosseiramente: “coisa de quem nunca pegou numa enxada ou lavou um tanque de roupa”. Afirmações como essas só podem ser fruto de desinformação, pois a depressão atinge pessoas em todas as camadas sociais, culturas e etnias. Lúcia, 49 anos, mulher simples que trabalhou boa parte da vida como empregada doméstica, em Araxá, interior de Minas Gerais, tem um caso grave de depressão que já dura duas décadas. Seu quadro depressivo teve início em 1990. Ela se lembra que começou a sentir muita angústia, desânimo e ter crises de choro frequentes quando passou a temer pela morte da mãe, Judite, que havia sido diagnosticada com um problema grave no coração. Judite veio a falecer, de fato, em 1991. O tormento de Lúcia foi se aprofundando com o tempo e se agravou de vez quando ela sofreu um novo baque em sua vida, três anos depois. Sua filha recém-nascida morreu em seus braços, em decorrência da complicação de uma infecção no ouvido, que, em nove dias, espalhou-se pelo corpo de sua criança e tirou-lhe a vida. “Aí eu perdi o sentido de viver. Fiquei desnorteada por uns quatro meses e a minha depressão só foi piorando”, diz. Lúcia tem na família outros dois casos de pessoas com transtornos mentais graves, o que indica que ela tinha mais chances de também ter uma doença da alma. Desde 2007, ela vem apresentando sintomas de depressão psicótica – ouve vozes de pessoas lhe chamando e vê vultos, o que a deixa amedrontada e a faz trancar todas as portas e janelas de casa e esconder-se debaixo das cobertas. Como parou de

trabalhar há quatro anos, em função de um problema na coluna, agora passa os dias, de segunda a sexta-feira, no Hospital Casa do Caminho, instituição filantrópica em Araxá que abriga uma ala para pacientes psiquiátricos e funciona como hospital-dia. Além de tratamento medicamentoso, a Casa do Caminho oferece atendimento psicológico e atividades de terapia ocupacional. Das 7h às 16h30, Lúcia segue a programação com os outros pacientes. “É bom porque me distraio, converso com as pessoas, faço trabalhos manuais e exercícios físicos. Isso me ajuda a controlar a angústia e a não ouvir vozes”, diz. No entanto, quando está em casa, sobretudo nos fins de semana, ela acaba passando a maior parte dos dias dormindo e chorando. A filha tenta animá-la, mas, muitas vezes, Lúcia prefere ficar só. Na vida, ela só tem uma vontade: “Queria me enfiar em algum mato e ficar lá, sozinha, tranquila, ouvindo os passarinhos”.

O único grupo social pelo qual a depressão tem alguma predileção são as mulheres – o transtorno depressivo é duas vezes mais frequente no sexo feminino (por fatores hormonais e psicossociais, como está explicado no capítulo anterior, “Um mapa dos transtornos mentais”). E, quando acomete os homens, costuma ser um grande tabu. O engenheiro Valério Moruzzi, 68 anos, tinha um pai fortemente depressivo, um tio-avô que se suicidou e um primo que passou a vida inteira num “hospital de loucos”, em Bologna, na Itália, terra natal de Moruzzi e sua família. Ainda assim, até que ele próprio, Valério, tivesse o transtorno, nunca tinha ouvido falar no termo “depressão”. Quando passou pelo problema, tentou encobri-lo o quanto pôde. Ele mesmo conta: “Eu tinha uma vergonha danada de me expor. Em casa, minha mulher e meus filhos sabiam que eu tinha depressão, claro, mas eu fazia o possível para não deixar transparecer o tamanho do incômodo e do sofrimento que eu estava sentindo. É óbvio que eu só conseguia isso até certo ponto... Para você ter uma ideia do quanto era nítido o meu sofrimento, durante a minha terceira depressão, que foi a mais longa e a mais séria, a empregada que trabalha há 40 anos na minha casa escondeu um revólver que eu tinha. Eu havia comprado essa arma há tempos, numa época em que queria aprender a atirar, mas nunca tinha tirado da caixa. Assim mesmo, ela achou que era melhor escondê-la para evitar uma tragédia. Ou seja, a minha empregada conseguiu ter uma clareza absoluta da situação, percebeu o quanto eu estava mal e tomou uma atitude muito sensata. No trabalho, eu escondia o meu problema ainda mais. Me lembro de ficar superpreocupado em disfarçar o tremor que tinha nas mãos, ao atender o telefone – era um efeito colateral do antidepressivo que eu tomava. Tinha pavor de ser visto como um fraco e ser demitido”.

Como qualquer outro transtorno mental, a depressão é causada pela combinação entre fatores genéticos, ambientais e psicológicos. Os fatores genéticos, claro, são os genes que cada pessoa herda dos pais. Sabe-se que há vários deles relacionados à depressão, mas só alguns foram identificados e estudados até o momento. Enquanto as pesquisas avançam nessa área, é a existência de outros casos da doença na família que indica que a pessoa tem uma predisposição genética para a depressão, ou seja, tem mais chances de desenvolver o transtorno, em algum momento da vida. Estima-se que os genes tenham um peso de 40% a 50% entre as causas da depressão. O restante caberia aos fatores ambientais e psicológicos.

Os fatores ambientais relacionados à depressão são os acontecimentos da vida que causam estresse, como uma demissão, um divórcio, a morte de alguém querido ou muitas noites de insônia seguidas. Questões menos óbvias também são fontes estressoras: a incessante pressão por consumo, sobretudo nas grandes cidades, por exemplo, causa enorme ansiedade e frustração nas pessoas, pois elas estão sempre se esforçando para correr atrás da última novidade. Na ânsia de comprar o novo lançamento do mundo dos celulares, das TVs ou dos automóveis, acabam contraindo dívidas por meio de financiamentos, empréstimos e juros de cartão de crédito, que são oferecidos sem grandes burocracias e depois acabam lhes tirando o sono. Munidas de tantos aparelhos de comunicação – celulares com acesso à internet, *tablets* e *notebooks* – recaí-lhes mais uma exigência: estar sempre disponíveis para o trabalho, a família e os amigos. E dá-lhe mais estresse. A cobrança excessiva por desempenho, inovação e competitividade, no mercado de trabalho, é também terreno fértil para o esgotamento físico e emocional que leva à depressão. Sem falar no assédio moral, situação que, embora seja coberta por um extenso manto de silêncio, é muito frequente nas grandes empresas e leva cada vez mais indivíduos aos consultórios de psicólogos e psiquiatras. Comprometidos com a filosofia segundo a qual “os fortes aguentam o tranco” e temendo perder o emprego, funcionários suportam pressões por produtividade baseadas no medo, imposições de metas inatingíveis, “sugestões” para reduzir as férias ou adiá-las ao máximo, hostilidades, constrangimentos e humilhações repetidas. E pagam a conta do assédio moral com um tremendo desgaste emocional.

Algumas doenças físicas, como derrames, cânceres, disfunções da tireoide e dores crônicas, além de outros problemas mentais, como a síndrome do pânico e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), podem também favorecer a ocorrência da depressão. O consumo de drogas, como

cocaína e álcool, e remédios inibidores de apetite à base de anfetamina também contribuem. Há ainda alguns acontecimentos positivos da vida adulta que trazem tensão e sobrecarga e podem contribuir para desencadear um episódio depressivo: o nascimento de um filho ou uma promoção na empresa que envolva aumento de responsabilidades, por exemplo.

Outros fatos que ocorrem a algumas pessoas ainda na infância, como a perda precoce da mãe, maus-tratos físicos e emocionais, a falta de carinho ou o abandono no início da vida também constituem fatores ambientais causadores da depressão. Marcela sentiu na pele os efeitos trazidos pelo alcoolismo que acometeu seu pai, desde que ela era criança. “Nas minhas lembranças, o meu pai sempre foi alcoólatra. Batia muito na minha mãe. Em mim e no meu irmão só bateu uma vez, mas usava muita violência psicológica. Me colocava sempre para baixo. Quando tentava me anular com questões relativas a estudo, trabalho ou dinheiro, eu tomava a ofensa como desafio, ia lá e conseguia tudo o que eu queria. Mas, quando criticava o meu jeito de ser ou a minha aparência, não me restava muita coisa a não ser ficar com a autoestima abalada. A vida inteira só vesti *jeans* e camiseta, porque ele sempre dava um jeito de pôr um defeito em mim. Não me elogiava nunca. Só mais recentemente eu passei a usar saias e vestidos. O meu irmão também sofreu com isso, ficou com um senso de inferioridade absurdo, abandonou a escola... Só voltou a estudar recentemente. Eu carreguei essas questões por muito tempo, mas, depois dos 20 anos, pesou. Eu comecei a questionar: ‘Que insanidade é essa?’. Com 15 anos, o seu pai bate na sua mãe e você não é responsável por isso – é ela quem tem que decidir se vai se separar ou não, com quem os filhos vão ficar... Mas, depois dos 20, você já acha que tem autonomia para decidir se você quer continuar fazendo parte disso. Foi aí que comecei a não aceitar muita coisa... Todo mundo lá em casa ficou transtornado, de alguma maneira, por causa desse problema do meu pai. Em 2010, ele faleceu em decorrência do alcoolismo. A morte dele foi uma quebra de algemas para toda a família. Notei a sensação de alívio da minha mãe quando ele morreu. De algum modo, ela teve um senso de dever cumprido. No dia que ele morreu, ela disse: ‘A gente fez tudo o que podia’. Eu entendi. Não era tudo o que ela podia no último mês antes de ele morrer – foi a vida inteira. A minha mãe sempre disse que ia deixá-lo, mas nunca conseguiu. Parece que tinha uma responsabilidade de cuidar dele, uma compaixão que não deixou ela largar tudo e ir embora. Agora a gente está descobrindo uma série de coisas. Eu comecei a ver que tenho qualidades, que tenho beleza... Estou lidando não só com a morte dele, mas com tudo o

que essa morte representa.”

O elemento psicológico relacionado à depressão é basicamente o preparo emocional que as pessoas têm para lidar com os fatores ambientais, ou seja, a forma como reagem a problemas, traumas, frustrações, momentos tristes e a situações que envolvem tomar decisões, assumir responsabilidades, expor-se a riscos e encarar ambientes, tarefas e pessoas desconhecidas. Essa estrutura emocional depende do quanto a pessoa aprendeu a lidar com essas questões, desde a infância, em casa e na escola, seja seguindo o exemplo dos outros à sua volta, seja recebendo ensinamentos, incentivo e apoio para aprender a encarar situações novas e difíceis. Os recursos psicológicos de que uma pessoa dispõe dependem ainda da personalidade dela – há pessoas que já nascem mais “atiradas” e gostam de experimentar novidades, expor-se a riscos e tomam os problemas como desafios, enquanto outras são mais retraídas ou ansiosas e têm mais dificuldade de tomar decisões ou lidar com mudanças.

Nenhum dos três elementos associados às causas da depressão – nem os genes, nem os fatores externos, nem os mecanismos psicológicos – é forte o suficiente para desencadear, sozinho, um episódio depressivo. Eles precisam interagir para levar à doença (ao menos, se for a primeira vez que uma pessoa tem depressão, como se explica no parágrafo seguinte). Os genes são como munição para um revólver, enquanto os fatores externos e psicológicos funcionam como gatilho. A regra, então, é: se o revólver estiver carregado, mas o gatilho não for acionado, a pessoa não terá depressão; e se, ao contrário, o gatilho for acionado, mas o revólver estiver sem munição, a pessoa também não terá a doença. Somente se o revólver estiver cheio de balas e o gatilho for puxado é que o transtorno virá à tona. A psicóloga Danielle Bio explica: “Em geral, se uma pessoa não tem genética que favoreça a depressão, manifesta seu sofrimento diante do estresse de outras maneiras – desenvolve gastrite, tem crises de enxaqueca ou psoríase, por exemplo. Se ela está tendo depressão, é porque tem a genética que a predispõe a ter a doença”.

A incidência da depressão varia: pode acontecer na vida de uma pessoa apenas uma vez (aproximadamente metade dos casos é assim) ou pode se repetir várias vezes, tornando-se uma doença recorrente (como ocorre à outra metade). Quando surge pela primeira vez, em geral, é claramente associada a um “gatilho”, ou seja, é desencadeada por um fator externo. Mas, a partir do segundo episódio, a doença tende a ganhar um caráter autônomo, podendo surgir independentemente de acontecimentos traumáticos ou fatores estressantes da vida. Quem nunca sofreu de depressão tem 16% de chance de ter o transtorno em algum momento da

vida. Quem já viveu o problema uma vez tem 50% de risco de ter um segundo episódio. No caso daqueles que já tiveram dois episódios da doença, as chances de ter uma nova recaída aumentam para 70%. E, depois da terceira vez, o risco de ter outra fase depressiva na vida chega a 90%.³⁰ Apesar da possibilidade de se tornar um problema crônico, a depressão é um transtorno altamente tratável – 90% dos pacientes conseguem superá-la totalmente. Metade das pessoas se cura, ou seja, depois de um único tratamento, nunca mais tem um novo episódio, e outros 40% conseguem manter a doença sob controle, fazendo um uso mais prolongado de remédios, psicoterapia, terapia ocupacional e outros recursos. Essas também levam vida normal. Apenas 10% são refratários aos tratamentos – geralmente, são pessoas com uma genética muito forte para o transtorno (têm pai e mãe depressivos ou várias outras pessoas na família com o mesmo histórico), sujeitos que já tiveram diversos episódios da doença ou que, além da depressão, possuem outras alterações mentais, como síndrome do pânico, TOC ou algum transtorno de personalidade, que funcionam como fontes permanentes de sofrimento, favorecendo a volta ao estado depressivo.

O tratamento da depressão dispõe de dois recursos principais: psicoterapia e remédios. São recursos que atuam de forma complementar, um reforçando o efeito do outro. A medicação corrige o desequilíbrio químico cerebral que desencadeia os sintomas da depressão em qualquer pessoa que tem a doença, dos casos mais leves aos mais graves. Livre dos sinais incômodos do transtorno – sentindo um pouco mais de energia e apetite pela vida –, o paciente tem mais condições de procurar, com a ajuda da psicoterapia, os fatos concretos e os motivos psicológicos que o fazem sofrer para, então, tentar resolvê-los. Já o tratamento psicológico faz o caminho contrário: ajuda a pessoa a identificar e lidar com os fatos que a levaram a ficar deprimida e, por fim, acaba também ajudando a reequilibrar a química cerebral alterada, que estava fazendo com que o sujeito tivesse muita dificuldade de reagir à apatia. Como diz o psicanalista israelense Yoram Yovell, “o tratamento psicológico lida com a questão de ‘cima para baixo’, enquanto o tratamento medicamentoso lida com ela ‘de baixo para cima’”.³¹ Trocando em miúdos: os remédios combatem os sintomas para permitir chegar às causas da depressão e a psicoterapia ataca primeiro as causas para depois chegar aos sintomas. Ou, para seguir na analogia bélica: os remédios funcionam como um colete à prova de balas, que protege a pessoa da artilharia da depressão. Protegida, ela pode começar a cuidar dos ferimentos e a travar um diálogo com o inimigo – entender o que motivou

o ataque e chegar a uma saída diplomática que seja boa para ambas as partes.

Algumas pessoas têm receio de tomar antidepressivos, não só pelo estigma associado às medicações psiquiátricas, mas por causa de possíveis efeitos colaterais dos remédios. Esses indivíduos preferem combater a depressão apenas com o tratamento psicológico. Mas nem sempre isso é possível. Nos casos mais extremos, é fácil entender por quê. Os psicólogos têm várias histórias para contar: “Às vezes, a pessoa me liga dizendo: ‘Eu tentei ir à consulta, cheguei a ir até a porta de casa, mas voltei para a cama. Eu não consigo, não tenho forças’”, relata Danielle Bio. Em outros casos, os pacientes só vão ao consultório porque são levados por seus dedicados maridos, esposas, mães e pais, mas mal conseguem falar durante a sessão e não chegam a ouvir de fato o que o terapeuta lhes diz – ou seja, na prática, é como se não estivessem fazendo psicoterapia. E, mesmo em casos mais moderados, em que a pessoa está cumprindo suas obrigações, no dia a dia, com todo o esforço que isso implica, e expondo suas questões ao psicólogo para tentar melhorar, as alterações químicas do cérebro impõem limitações à eficácia do tratamento psicológico. Foi o caso de Alice: “Eu comecei a fazer terapia depois de ter umas crises no trabalho. Foi num período em que eu comecei a ter mais responsabilidades, ter que cumprir tarefas cada vez maiores em prazos mais apertados. Tinha uma chefia difícil de lidar também, o que era mais um elemento que me desestabilizava emocionalmente. Sentia muita palpitação, não conseguia comer direito, tinha dor de barriga, cheguei a vomitar de nervoso nos momentos mais tensos e, à noite, não dormia. Eu, que nunca fui de chorar, passei a ter crises de choro frequentes. Mesmo que o choro comesse por um motivo completamente banal – uma cena de um filme ou uma briguinha boba com o namorado –, virava uma coisa que eu não conseguia controlar, uma tormenta emocional que me dominava. De manhã, para levantar da cama, era uma dificuldade, porque eu não queria começar o dia. Passei a chegar ao trabalho uma a duas horas depois do que o de costume. Aí me enrolava inteira, porque tinha que ficar até mais tarde, para dar conta de tudo. Minha vida era ir do trabalho para casa, da casa para o trabalho. Os fins de semana eram horríveis, porque, no sábado, eu estava tão esgotada que dormia até as duas da tarde. E, no domingo, já começava a me sentir mal de novo, pensando na segunda-feira. Eu fiquei nove meses me tratando só com terapia para tentar aprender a lidar melhor com as pressões do trabalho, do qual eu, afinal, gostava. Foi bom porque me ajudou a racionalizar sobre o problema, a entender por que eu estava daquele jeito. Mas eu continuava sem conseguir reagir. Houve um momento em que eu

comecei a pensar: ‘O que poderia me acontecer que faria eu não ter que ir ao trabalho?’. Pensei na hipótese de ser atropelada. Não que eu pensasse em me jogar na frente de um carro, isso nunca foi uma alternativa para mim. Mas eu já tinha tirado férias de 40 dias, já tinha deixado um trabalho pela metade, uma vez, porque não tive condições emocionais e até físicas de terminá-lo. Então, eu achava que só uma coisa drástica, como um atropelamento, poderia justificar a minha ausência. Foi então que a minha terapeuta sugeriu que eu poderia precisar da ajuda de uma medicação e me indicou um psiquiatra, com quem me consultava em paralelo à terapia. Comecei tomando só um ansiolítico [*calmante*] que me ajudou a voltar a dormir e controlou as palpitações. Mas as crises de choro, a tristeza, o vazio e o desânimo persistiram, então, uns dois meses depois, o médico acrescentou um antidepressivo. Eu senti que o antidepressivo me deu uma energia interna que estava me faltando. Depois que passei a tomar a medicação, comecei a me organizar para procurar outro trabalho, voltei a ter apetite, ter gosto pelas coisas fora da parte profissional, pelo menos... A minha sensação é de que o remédio me deu força para levantar e seguir minha vida, enquanto a terapia me mostrou o caminho por onde eu queria seguir”.

A experiência de Alice deixa claro que o remédio, sozinho, muitas vezes não resolve o problema da depressão, mas sem ele fica impossível ir atrás da solução. Ainda acompanhando a história da jornalista: “Eu acho que foi fundamental, para mim, ter as duas coisas – o remédio e a terapia. Tomei os remédios durante um ano e nove meses e fiz terapia por três anos. Acho que, sem o remédio, poderia ter me emaranhado num caminho perigoso de muito sofrimento. E isso poderia ter abalado minhas relações com amigos ou o meu namoro, por exemplo, coisa que não aconteceu. Aliás, o meu namorado à época foi muito compreensivo, me apoiou muito e segurou a onda bem. Por outro lado, se eu tivesse só tomado a medicação, acho que passaria a me sentir melhor no meu dia a dia, mas ficaria sem saber o que fazer da vida. Provavelmente, teria pedido demissão num momento de descontrole, dizendo que não aguentava mais, algo do tipo... Isso não seria bom, porque eu já estava com a autoestima muito abalada pela depressão e ficaria pior ainda assim, perdida. A terapia me ajudou muito a fazer uma transição profissional positiva e a sair desse processo todo me sentindo mais forte. Hoje, até me acho mais resistente a pressões profissionais que a média das pessoas à minha volta”.

Muitas pessoas se perguntam se um caso como o de Alice poderia ser resolvido se ela simplesmente tivesse pedido demissão do trabalho que tanto a fazia sofrer, assim que percebeu que não conseguia se adaptar

àquela função naquele emprego específico. Provavelmente, não. Primeiro, porque os conflitos humanos são complexos – apesar de sofrer com as pressões do trabalho, Alice gostava do que fazia e, a princípio, queria apenas aprender a lidar com a parte que não lhe era confortável. Em segundo lugar, uma vez que a depressão é desencadeada, provoca alterações químicas no cérebro que disparam os sintomas da doença – falta de energia, desinteresse, desesperança, tristeza. Os sintomas da doença, por sua vez, retroalimentam o processo depressivo – uma vez que tudo parece difícil e complicado, reagir também vai ficando mais custoso. A depressão tira o jogo de cintura que permite às pessoas dar a volta por cima em momentos difíceis da vida. Reverter esse processo requer mais do que eliminar o fator que, lá no início, disparou o transtorno. Para frear a marcha da depressão, é preciso não só parar de lhe dar munição, como lançar mão de todas as armas capazes de abatê-la. Medicação e psicoterapia – em boa parte dos casos, os dois juntos – são fundamentais.

A situação em que uma pessoa tem condições de prescindir dos remédios e tentar controlar a depressão só com psicoterapia acontece geralmente quando o quadro é leve e ela nunca teve o transtorno antes. Nos quadros leves, o sujeito ainda tem poucos sintomas e não está incapacitado para fazer as coisas, apesar de tudo lhe exigir um esforço extra. Nesses casos, as conversas com o terapeuta ajudam a identificar as fontes de estresse que “alimentam” a depressão e a criar formas de lidar com elas. Algumas estratégias básicas costumam ser aprendidas com a psicoterapia: alterar a rotina para evitar esses estressores, ou, se não for possível eliminá-los, desenvolver recursos emocionais e psicológicos para não se afetar tanto diante deles (certa vez, uma mulher disse que pensava no filho a cada vez que ia, nervosa, em direção à sala do chefe casca dura, para se lembrar que sua vida era mais que o trabalho. E, de fato, assim ela sofria menos com o autoritarismo de seu superior). Ajuda muito, ainda, exercitar formas de “neutralizar” o efeito do estresse – atividades físicas, noites de sono mais longas e revigorantes e uma rotina com maior número de atividades que alegam e acalmam costumam ajudar. Mas, mesmo nos quadros leves de depressão, se o transtorno começa a se arrastar por muito tempo, pode ser o caso de lançar mão dos remédios. A distímia, como é chamada a depressão em sua forma leve e crônica (com duração mínima de dois anos) é um bom exemplo dessa indicação. Como o quadro é mais sutil, a pessoa tende a achar que não tem nada de anormal consigo. Pensa que seu mau humor e desânimo frequentes são apenas respostas ao fato de que, na vida, tudo é mais difícil para si. Aos olhos dos outros, os distímicos, muitas vezes, passam por sujeitos pessimistas, eternamente

insatisfeitos ou muito sensíveis às agruras da vida. Quem nunca conheceu aquele sujeito que leva a vida ao melhor estilo “Ó, dia! Ó, céus! Ó, azar!”, como a hiena reclamona do desenho americano *Lippy e Hardy*? É como se esse fosse o jeito de ser da pessoa. A verdade é que essa depressão branda e “oculta” vai fazendo-a acumular sofrimentos, frustrações e perdas ao longo dos anos e ela acaba se sentindo cronicamente infeliz. Caso se tratasse, poderia ver o mundo com olhos mais generosos, ter mais domínio sobre suas vontades e sentir-se mais realizada.

Existem hoje cerca de trinta tipos de antidepressivos, que são receitados pelos médicos de acordo com o grupo de sintomas que cada paciente apresenta, a gravidade do caso e a forma como a pessoa reage aos remédios – se os efeitos colaterais são muito intensos, é o caso de usar outro antidepressivo. Os efeitos colaterais dos quais as pessoas mais reclamam são ganho de peso e perda de libido. O psiquiatra Ricardo A. Moreno diz que conversa muito honestamente com seus pacientes sobre esses assuntos: “Eu explico que a pessoa vai funcionar para o sexo, mas pode ficar com menos vontade. Então, recomendo: ‘Brinque mais com o seu marido ou a sua esposa, namorado ou namorada. Peça para o seu companheiro te procurar mais, te excitar, porque aí a coisa vai bem’. Se deixar pela vontade de quem está deprimido, o casal pode ficar a ver navios. Às vezes, até brinco: ‘Marca lá na folhinha alguns dias de ir para a cama’. A pessoa precisa estar informada de que a excitação pode não ser tão natural por um período e que ela precisará de mais estímulo. É importante encontrar um jeito de lidar com isso. Imagine um casal que não faça sexo? Ainda mais se for jovem... A relação fica comprometida”. Mas é preciso lembrar que a própria doença pode comprometer a libido – portanto, em alguns casos, o tratamento vai até ajudar nesse quesito.

Sobre o ganho de peso, é preciso primeiro distinguir se a pessoa está recuperando os quilos que havia perdido com a depressão – como aconteceu no caso de Alice – ou se, de fato, está engordando além do seu normal. E aí tentar contornar o problema com atividade física e acompanhamento nutricional. Durante o período em que a pessoa está tomando antidepressivos, é preciso também evitar ingerir bebidas alcoólicas, porque o álcool pode reduzir a eficácia do remédio e aumentar os efeitos colaterais, podendo deixar a pessoa muito sonolenta e tonta, mesmo com quantidades de bebida que ela estava acostumada a tomar. Quem exagera na dose, pode chegar a desfalecer.^{2*} “Com uma taça de vinho, eu já me sentia embriagada enquanto estava sendo medicada, o que não acontecia antes. Por mais que fosse chato não poder beber à vontade quando saísse com os amigos, ainda mais durante um tratamento longo, eu

evitava ao máximo, porque realmente me sentia muito mais vulnerável aos efeitos do álcool. Deixava para beber só em ocasiões especiais e bem pouco”, lembra Alice. São problemas chatos esses associados à medicação, é verdade. Mas eles são temporários.

Há ainda quem reclame que, tomando antidepressivos, mudou demais de humor e comportamento – ficou bonachona com todo mundo, sendo que sempre foi uma pessoa “ácida”, crítica, de amigos seletos. Segundo o psiquiatra Ricardo A. Moreno, há duas hipóteses que explicam essa mudança: a primeira é que a pessoa era “azeda” e irritada porque estava deprimida e, com o tratamento, voltou ao seu humor normal. “Quando o indivíduo melhora, as pessoas ao redor estranham. Dizem: ‘Poxa, fulano era uma casca de ferida, agora está um doce, uma flor!’ Na verdade, o ‘fulano’ voltou ao seu normal. Às vezes, as pessoas achavam que ele era daquele jeito, porque estava deprimido há muito tempo, mas aquela não era a personalidade dele”, diz. E a segunda é que, por causa dos remédios, a pessoa pode ter desenvolvido temporariamente o que os médicos chamam de “anestesia afetiva”. Ela fica mais plana em suas emoções – deixa de descer ao fundo do poço, mas também não tem tantos arroubos de felicidade. Ou sente-se feliz, mas não consegue manifestar sua alegria de forma tão efusiva. E afinal, o que é normal: a calma ou a inconstância das emoções? Moreno responde: “Na realidade, o médico não faz um julgamento do que é bom para o paciente. O profissional avalia o que a pessoa sente em relação a isso, o bem-estar geral dela e seu desempenho com ou sem o remédio. Alguns pacientes preferem continuar num modo mais plano das emoções, porque a vida deles era um tobogã tão cheio de altos e baixos, com tantas consequências ruins, que eles se sentem mais confortáveis assim. Outros sentem necessidade de ter mais oscilação de humor. O médico tem de adaptar o tratamento de acordo com os sintomas, as características da doença, mas também de acordo com o que o sujeito faz, a cultura dele, o trabalho e o que ele quer... Para uma atriz ou um apresentador de TV, por exemplo, não é desejável que a pessoa tenha esse efeito de ‘anestesia afetiva’”. Apesar de incomodar algumas pessoas que passam por isso, a anestesia afetiva não é um efeito colateral dos mais frequentes e também é possível contorná-lo com ajustes de dose e tipo de medicamento.

A reação às medicações é muito individual – há pessoas que sentem todos os efeitos adversos descritos na bula e outras que não sentem absolutamente nada. Valério e Marcela, por exemplo, tomaram o mesmo antidepressivo em seus tratamentos, um dos remédios mais antigos usados no controle de depressão, da classe dos tricíclicos. Valério sentiu tremores,

prisão de ventre, falta de vontade de namorar e uma série de efeitos que o obrigavam a um empenho diário para seguir tomando a medicação. Já Marcela, tomando o mesmíssimo medicamento, não sentiu absolutamente nada de desagradável. O médico, estabelecendo um diálogo bastante franco com o paciente, é quem poderá manobrar os efeitos indesejáveis. Além disso, os antidepressivos mais modernos têm menos efeitos colaterais que os primeiros remédios para depressão, surgidos nos anos 1950. A agomelatina, por exemplo, em uso desde 2009, não causa esses efeitos de ganho de peso, perda de libido e anestesia afetiva (apesar de poder causar um pouco de dor de cabeça).

Os antidepressivos demoram duas semanas para começar a fazer efeito. Essa latência da ação do remédio precisa estar muito clara na cabeça de quem inicia um tratamento medicamentoso. Do contrário, pode ser mais um motivo para a pessoa perder as esperanças em sua recuperação. “Muitos pacientes acham que, tomando o remédio hoje, amanhã já vão começar a se sentir melhor. Eles fizeram a parte deles – já foram ao médico, já tomaram o remédio –, então, ficam querendo a recompensa logo. Quando a pessoa é muito ansiosa e não foi bem informada, essas duas semanas já são suficientes para ela achar que nada resolve, que nunca vai melhorar e passa a não seguir o tratamento direito”, alerta Danielle Bio.

Para que o tratamento farmacológico seja benfeito, o antidepressivo precisa ser tomado segundo a orientação médica. “Acontece muito de a pessoa parar o remédio assim que os sintomas que mais a incomodavam vão embora. Ela pensa: ‘Comparado a como eu me sentia, estou ótima’. O problema é que, se sobram sintomas residuais, a pessoa tem mais chance de ter um novo episódio de depressão”, explica Danielle. Geralmente, o tratamento medicamentoso funciona assim: uma vez que o médico consegue acertar a dosagem adequada do remédio para o paciente, a falta de energia, a perda de apetite, a insônia, o desânimo e os demais sintomas do transtorno desaparecem em três meses. A partir do momento em que a pessoa estiver totalmente sem sintomas, ainda ficará tomando o remédio, na mesma dosagem que a tirou da crise, por mais seis meses a um ano, para prevenir recaídas. Depois disso, o remédio é retirado aos poucos, geralmente com uma redução de um quarto da dose a cada semana, para evitar os sintomas que surgem com a interrupção súbita da medicação – sensação de gripe, náuseas, vômitos, diarreia, insônia, pesadelos, etc. Nos casos mais graves, o médico pode recomendar um tratamento ainda mais prolongado, de pelo menos dois anos, porque há grande chance de o paciente ter depressões recorrentes. É o caso de pessoas que já tiveram três

ou mais episódios de depressão ao longo da vida ou tiveram uma manifestação muito grave da doença, com surtos psicóticos ou tentativas de suicídio. Ou ainda de quem começou a ter depressões muito cedo, ainda na infância ou na pré-adolescência, ou tem muitos casos do transtorno na família.

Na primeira vez que Valério Moruzzi teve depressão, aos 30 anos, ele se tratou só com remédios, por algumas semanas. No segundo episódio, aos 40, também só recorreu às pílulas, durante três a quatro meses. No terceiro, aos 46 anos, foi convencido a fazer a coisa direito. Tratou-se por oito anos, com antidepressivos e psicoterapia. Chegou a graduar-se em psicologia para aprender mais sobre os “fantasmas” da sua cabeça. Recebeu alta de seu médico e de seu psicólogo em 1998 e, desde então, sente-se na melhor fase de sua vida. “Se eu pudesse pedir para não mudar nada na minha vida, eu pediria. Deixa tudo como está agora, que está maravilhoso. Meus grandes ‘fantasmas’ foram todos embora.”

Os conhecimentos a respeito das engrenagens biológicas da depressão vêm avançando a passos largos. Durante quase cinquenta anos, acreditou-se que os sintomas do transtorno vinham à tona quando, no cérebro, não havia quantidades suficientes de algumas substâncias responsáveis pela comunicação entre os neurônios, os neurotransmissores. Os principais neurotransmissores associados à depressão seriam a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, responsáveis pelas sensações de prazer, autoconfiança, apetite e libido, entre outras. Nos anos 1990, os pesquisadores da depressão descobriram que o que acontece no cérebro de uma pessoa em depressão, na verdade, é que os neurônios dela não respondem bem aos estímulos desses “mensageiros químicos”, mesmo que eles estejam disponíveis em quantidades adequadas. E, mais recentemente, na última década, os cientistas perceberam que os problemas relacionados aos neurotransmissores são apenas um pedaço da história. Serotonina, dopamina e noradrenalina estão associadas à depressão na parte do processo que acontece fora das células nervosas, ou seja, fora dos neurônios. Mas há também uma cascata de reações químicas que ocorre dentro dessas células e estão intimamente ligadas à manifestação do transtorno. Na verdade, descobriu-se agora que é de dentro dos neurônios que se comanda o espetáculo da depressão. Os avanços nessa frente de conhecimento prometem transformar completamente o tratamento da depressão, no médio prazo. “Em cinco a dez anos, tudo o que se fala hoje sobre antidepressivos vai virar história”, afirma Ricardo A. Moreno. A tendência é de que os remédios da nova geração atuem sobre substâncias químicas do cérebro que até hoje não eram alvo dos medicamentos e, além

disso, tenham ação cada vez mais precisa. “O que nós podemos esperar dos novos remédios é que eles serão focados em grupos mais específicos de sintomas, e isso irá possibilitar tratamentos mais eficazes. O caminho é esse. Não estamos mais buscando um único antidepressivo para todas as depressões, porque isso não existe, embora a indústria farmacêutica faça querer crer o contrário”, afirma Moreno. Ou seja, embora a “pílula da felicidade” deva continuar restrita à ilusão dos *slogans* comerciais, a boa nova é que, em breve, haverá recursos cada vez mais refinados que permitirão a cada pessoa ir atrás da sua própria alegria de viver.

TESTE DE DEPRESSÃO

O questionário a seguir³² foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH)^{3*} dos Estados Unidos, para rastrear, na população, pessoas com sinais de depressão. Se você anda se sentindo “para baixo”, mas tem dúvida se está passando por um período de tristeza normal ou por algo mais sério, responder às questões adiante pode ajudá-lo. O resultado do teste não dirá se você tem ou não depressão – isso só um especialista poderá definir precisamente –, mas indicará se você tem sintomas da doença que justificam procurar um médico ou psicólogo para se orientar e, se for o caso, iniciar um tratamento. E atenção: ainda que o resultado sugira a presença de uma depressão, não se automedique. Não tome um remédio que foi útil para alguém de sua família ou para um amigo, por sua conta, pois, ingeri-lo sem acompanhamento médico pode causar danos à sua saúde.

Como fazer o teste

A seguir é apresentada uma lista de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido dessa maneira *durante a semana passada*.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (de 3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (de 5 a 7 dias)
01. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam				
02. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite				
03. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos				
04. Senti-me, comparando-				

me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas

05. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo

06. Senti-me deprimido

07. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais

08. Senti-me otimista com relação ao futuro

09. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso

10. Senti-me amedrontado

11. Meu sono não foi repousante

12. Estive feliz

13. Falei menos que o habitual

14. Senti-me sozinho

15. As pessoas não foram amistosas comigo

16. Aproveitei minha vida

17. Tive crises de choro

18. Senti-me triste

19. Senti que as pessoas não gostavam de mim

20. Não consegui levar adiante minhas coisas

Pontuação

Para todas as perguntas, exceto as de número 4, 8, 12 e 16, conte:

- 0 ponto nas questões em que você assinalou “raramente (menos que um dia)”.

- 1 ponto nas questões em que você assinalou “durante pouco tempo (1 a 2 dias)”.
- 2 pontos nas questões em que você assinalou “durante um tempo moderado (3 a 4 dias)”.
- 3 pontos nas questões em que você assinalou “durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)”.

Para as perguntas 4, 8, 12 e 16, faça o contrário, somando:

- 3 pontos nas questões em que você assinalou “raramente (menos que um dia)”.
- 2 pontos nas questões em que você assinalou “durante pouco tempo (1 a 2 dias)”.
- 1 ponto nas questões em que você assinalou “durante um tempo moderado (3 a 4 dias)”.
- 0 ponto nas questões em que você assinalou “durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)”.

Pontuação total: _____

Resultado

Quanto maior o número de pontos somados, maior é o número de sintomas depressivos que você apresenta. Se você marcou

- até 15 pontos – não há indícios de depressão.
- 16 a 21 pontos – há indícios de depressão leve a moderada. Procure orientação médica e psicológica.
- 22 pontos ou mais – há indícios de depressão grave. Se necessário, peça que alguém o ajude a procurar orientação médica e psicológica.

Notas

[2](#)* Além de interagir de um jeito ruim com os remédios antidepressivos, o álcool piora os sintomas da depressão porque age diretamente na química cerebral.

[3](#)* Esta é a versão em português da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), desenvolvida pelo National Institute of Mental Health (NIMH), do governo americano. Foi traduzida, adaptada e validada para o português por Dartiu Xavier da Silveira e Miguel Roberto Jorge.

Ansiedade exagerada – e se o melhor da festa não for esperar por ela?

Se você está lendo este texto agora, agradeça ao fato de seus antepassados terem sido pessoas capazes de sentir ansiedade. Sim, essa sensação que geralmente descrevemos como desagradável e queremos eliminar a todo custo é, em boa parte, o que garantiu a sobrevivência dos homens durante milênios. Enquanto os sujeitos mais relaxados das tribos eram devorados por leões e pegos de surpresa por longas tempestades que os deixavam ilhados em cavernas, os ansiosos estavam sempre a salvo, pois andavam atentos aos ataques de predadores, preocupavam-se em estocar alimento para as épocas difíceis, observavam as mudanças climáticas e eram mais cuidadosos na hora de experimentar frutos desconhecidos, antecipando a possibilidade de serem venenosos. Há que se concordar, então, que a ansiedade é uma emoção das mais úteis ao homem. Mas, se assim é, por que reclamamos tanto desse sentimento?

Há motivos. A ansiedade é positiva quando experimentada em níveis moderados e atrelada a ameaças reais. Ainda hoje, num mundo completamente diferente daquele de tempos remotos, é esse o sentimento que antecipa os riscos e estimula a precaução e a eficiência. O friozinho na barriga que uma pessoa sente ao começar num emprego novo, por exemplo, por prever o risco de não agradar e ser demitida, é o que a faz acordar um pouco mais cedo que o habitual nos primeiros dias de trabalho, estudar a rota de casa até a empresa para não chegar atrasada, preocupar-se em escolher roupas apropriadas, medir as palavras, demonstrar iniciativa e desempenhar tarefas com cuidado e rapidez.

No entanto, se a ansiedade é sentida em níveis exagerados ou em ocasiões onde não há motivo, acaba atrapalhando a vida, em vez de ajudar, e causa sofrimento. Transforma-se, então, numa ansiedade patológica. O *frisson* da expectativa vira dor de barriga, embrulho no estômago, falta de apetite, insônia e, no fim, paralisa a vida do sujeito, que começa a fugir das situações que lhe causam essa agonia sem controle. Só para as pessoas que vivem a ansiedade de maneira saudável é verdadeiro o ditado que diz “o

melhor da festa é esperar por ela”. Para as que experimentam esse sentimento de maneira extrema, a expressão “sofrer por antecipação” cabe sempre melhor. Estas vivem qualquer incerteza ou risco como uma emergência. Sua visão catastrófica sobre o que está por vir torna desgastantes experiências que poderiam ser estimulantes e prazerosas.

A ansiedade patológica é, ao lado da depressão, o tipo de aflição mental mais comum no mundo todo. Em média, uma em cada seis pessoas desenvolve alguma forma problemática de sentir e manifestar a ansiedade, em determinado momento da vida.³³ Esse desajuste pode se apresentar de seis diferentes maneiras, de acordo com os manuais de psiquiatria adotados mundialmente. Ou seja, há seis diferentes transtornos mentais do grupo da ansiedade: a síndrome do pânico, as fobias específicas de situações, lugares, animais e objetos, a fobia social, a ansiedade generalizada, o estresse pós-traumático e o transtorno obsessivo-compulsivo, mais conhecido pela sigla TOC.

No **ataque de pânico**, a ansiedade se apresenta em sua forma mais *aguda*. A história de Felipe, administrador de empresas, 28 anos, ajuda a entender o que se passa na cabeça, no corpo e na vida de uma pessoa que experimenta a forma mais fisicamente intensa de ansiedade que um ser humano pode vivenciar.

“Era um dia comum de março de 2006. Eu estava numa reunião de trabalho. Já no início, comecei a sentir uma falta de ar que, em poucos minutos, ficou bastante intensa. Parecia que eu respirava, mas o oxigênio não vinha. O coração foi ficando acelerado. Senti um formigamento e uma tremedeira nas mãos. A voz também ficou trêmula, a ponto de eu gaguejar quando falava. Fui ao banheiro umas cinco ou seis vezes, lavei o rosto e nada de melhorar. Fiquei tonto, pensei que ia desmaiar a qualquer momento. Eu era estagiário, nessa época, não tinha autonomia nenhuma, então, mesmo com todo aquele mal-estar, achei que não podia ir embora no meio da reunião. Me segurei durante uma hora e meia. Quando acabou, expliquei à minha coordenadora que eu precisava ir para casa porque não estava bem.

Essa foi a minha primeira crise de pânico. Ela aconteceu quando eu tinha 22 anos, num período em que estava terminando a faculdade de administração e participando de um processo seletivo para uma vaga de *trainee* na empresa onde eu estagiava. Eram 27 mil candidatos para 21 vagas e eu queria muito ser selecionado. Não bastasse a tensão que existia por essas questões, a minha mãe estava enfrentando um câncer em fase terminal. Esse acesso de ansiedade sem controle aconteceu justo no momento em que caiu a ficha para mim de que ela iria morrer. De fato, ela

faleceu dois meses depois desse episódio. Nos quatro anos seguintes, eu ainda tive mais umas vinte crises de pânico. A última foi em 2010.

No mesmo dia em que eu passei mal durante a reunião, liguei para uma das minhas irmãs, que é médica, e expliquei o que havia me acontecido. Até então, eu estava achando que tinha um problema físico – algo respiratório, pensava. Mesmo porque eu já tinha tido umas sensações de falta de ar mais amenas uns dias antes e uma impressão passageira de queda de pressão. Mas a minha irmã suspeitou que eu tinha tido um ataque de pânico e me orientou a procurar um psiquiatra. Eu fui ao médico, e ele confirmou o diagnóstico de pânico. Me receitou um calmante que eu deveria tomar se sentisse aqueles sintomas físicos de novo e frisou que eu precisava procurar ajuda psicológica, para ter um tratamento com efeito mais de longo prazo.

Na época, eu tinha certo preconceito com essa história de fazer análise e achei que poderia ficar bem só com o remédio. E fiquei bem, de fato, no princípio. O problema é que eu passei a tomar o calmante praticamente todos os dias. Ao menor sinal de alteração na respiração ou nos batimentos cardíacos, eu tomava um comprimido. Não queria nunca mais cruzar aquela linha que eu havia cruzado na primeira crise, porque a sensação é terrível, você pensa que vai desmaiar ou até morrer. E, a partir do momento em que eu entendi que aquilo tudo tinha a ver com questões emocionais, perdi totalmente a confiança em mim mesmo. Comecei a achar que qualquer coisa que me incomodasse poderia me levar a ter um novo pico de ansiedade. Então, me apoiava no remédio.

Por causa do pânico, eu cheguei a falar para a minha mãe que queria largar tudo – faculdade, processo seletivo de trabalho, ir embora da cidade de São Paulo e voltar para o interior do estado, onde nasci. Eu não queria correr o risco de ter uma nova crise de pânico e ainda ter que cumprir obrigações no escritório o resto do dia. E acho que, sabendo que iria perder minha mãe, queria ficar ao lado do meu pai, que ainda morava lá. Aquele estava sendo o meu primeiro contato com a morte. E justo com a pessoa mais próxima a mim. Eu sou o caçula de cinco filhos, mimado pela minha mãe, vivia junto dela até a adolescência. Naquele momento, eu estava realmente me dando conta de que as pessoas são finitas. E, pela ordem cronológica, eu deveria ver toda a minha família ir embora antes de mim. Estava difícil lidar com esse turbilhão de coisas. Mas minha mãe me fez prometer que eu não iria largar tudo, que iria até o fim na seleção do programa de *trainee*, mesmo que eu não conseguisse passar, para não me arrepender depois. Fiz essa promessa a ela, fui em frente e consegui.

Na semana em que minha mãe morreu, tive crises de pânico absurdas.

Tomava um comprimido, como o médico tinha recomendado, mas não era suficiente para segurar os sintomas de ansiedade. Aí liguei para o psiquiatra e perguntei: ‘Qual o limite de remédio que posso tomar num dia?’. Ele me disse a dosagem máxima diária e foi o que eu fiquei tomando durante uma semana. Dormia 20 horas por dia, só acordava para comer. Me dopei completamente. Aí a minha irmã e o meu pai (que também é médico) me falavam: ‘Você tem que buscar tratamento psicológico, não adianta ficar só tomando remédio desse jeito’. E eu mesmo comecei a me sentir incomodado porque via os meus quatro irmãos sofrendo muito e eu, embora tivesse o sentimento de perda da minha mãe, não sentia nada fisicamente. Não chorava, não me alterava... Comecei a questionar se isso era normal. Aí fui fazer psicoterapia.

O tratamento psicológico me ajudou, ao me colocar numa posição de me achar uma pessoa normal de novo. Porque eu já estava imaginando que tinha desenvolvido um distúrbio mental muito sério e me vi questionando: ‘Qual o sentido de viver assim?’ Comecei a pensar que é compreensível uma pessoa se matar de tanta angústia e desespero – e pensar essas coisas me deixou ainda mais preocupado. Mas aí as sessões de psicoterapia me mostraram que as sensações que eu havia tido eram comuns a muita gente, principalmente a jovens na minha faixa de idade. A minha psicoterapeuta me explicou que, diante de tudo o que estava acontecendo na minha vida, uma fragilidade que eu tinha para desenvolver o pânico veio à tona, mas eu poderia controlar aquilo, me fortalecendo emocionalmente e com a ajuda dos remédios. Aos poucos, passei a comentar com as pessoas sobre o assunto e alguém sempre falava: ‘Eu já tive crises de pânico’, ou ‘meu amigo tem’, ou ‘minha mãe tem’. Todo mundo conhecia alguém que já teve. Então, fui ficando mais tranquilo.

A minha psicoterapeuta, que também é médica psiquiatria e assumiu a prescrição das medicações, acrescentou um antidepressivo [*tratamento padrão para o transtorno de pânico*] e me pediu para tomar o calmante duas vezes ao dia, antes de dormir e ao acordar. Um dos objetivos era me ajudar a dormir, porque eu estava tendo muita insônia, desde que minha mãe morreu. Sempre fui ansioso – normalmente, demoro uma hora e meia para pegar no sono, porque minha cabeça não para. Mas, naquela época, estava pior. Às vezes, passava noites inteiras em claro.

Depois de um mês tomando o calmante duas vezes por dia, conforme a minha médica/terapeuta havia recomendado, eu falei para ela: ‘Olha, estou com muito medo de me viciar nesse remédio, não quero tomar todo dia’. Com aquela quantidade maior de medicação, eu tive o mês mais tranquilo e alegre dos últimos tempos. Não senti angústia, dormia bem, acordava

bem, nada me incomodava. É como se eu estivesse 100% do tempo deitado numa rede, num lugar fresco. Uma tranquilidade tão plena, que eu pensava: ‘Não vou conseguir parar de tomar isso’. A médica, então, me liberou de tomar o calmante duas vezes por dia, mas pediu que eu não deixasse de usar quando tivesse insônia ou uma nova crise. Depois que eu entendi o efeito do remédio, ficava tranquilo só de tê-lo perto, porque sabia que, se sentisse qualquer coisa, era só tomar o comprimido e, em poucos minutos, estaria bem. O problema é que o oposto também era verdadeiro: se estivesse sem o remédio, ficava desesperado. Pensava: ‘Nossa, estou totalmente vulnerável’. Por isso, a psicoterapia foi importante: me ajudou a aprender o que me tranquiliza, sem ser o calmante, para eu não criar essa relação de dependência com a medicação.

Hoje eu sei muito melhor o que consigo fazer e o que passa dos meus limites. Aprendi a me relacionar com as reações emocionais que tenho e entendi o que me mantém equilibrado. Então, há dois anos não tenho uma crise. De vez em quando, até sinto algum desconforto, do tipo suar as mãos de nervoso, ficar com a respiração um pouco mais rápida e ter uma leve falta de ar. Mas, se eu começo a sentir essas coisas, vou para um lugar minimamente tranquilo – pode até ser o banheiro do trabalho –, fecho os olhos, faço algumas respirações profundas, massajeio o peito naquele ponto que dá a angústia e vai passando. Crises absurdas como eu tinha antes não vêm mais.

E, atualmente, faço questão de ir à academia seis vezes por semana, porque atividade física me acalma muito. Fico totalmente concentrado no exercício, esqueço trabalho, problemas, tudo. E, no final do treino, tenho uma descarga de endorfina no corpo que me faz sentir um bem-estar enorme. É verdade aquela história de “corpo são, mente sã”. Aliás, esses clichês todos sobre saúde são muito reais. É impressionante... Meu pai sempre me falou isso: “Você precisa ter um *hobby* e tanto melhor se for um esporte’. Além de ir sempre à academia, vejo um filme ou uma série de TV pelo menos duas vezes por semana, leio coisas que eu gosto, me preocupo em comer bem e dormir o melhor possível. Aprendi na marra que isso tudo é fundamental, porque as fases mais críticas que eu tive com a síndrome do pânico foram os períodos em que eu virava noites trabalhando, levava trabalho para casa no fim de semana, não praticava nenhum esporte e não tinha tempo para comer direito.

Na parte profissional, eu consegui não deixar o pânico me afetar. Colabora o fato de a empresa em que eu trabalho ter uma política bem difundida de *home office* [*“escritório em casa”, na tradução literal, prática que permite aos funcionários cumprir dias de expediente em suas*

residências]. Então, uma vez por mês, mais ou menos, se estou mais ansioso e não tenho nenhuma reunião importante, vou trabalhar em casa. É bom para mim e não atrapalha em nada meu rendimento. Conta a meu favor também o fato de eu sempre ter tido uma postura aberta com meus chefes, colegas de trabalho e funcionários. Hoje, ocupo um cargo de gerência e tenho cerca de oitenta pessoas sob minha coordenação. Nunca escondi deles o que eu tinha e isso sempre me deixou confortável para dizer quando estava passando mal.

Mas, ainda hoje, sem dúvida, o que mais me desestabiliza emocionalmente são as minhas próprias cobranças em relação ao trabalho. Eu me exijo sempre estar por dentro das novidades, saber de tudo o que está sendo falado em uma reunião. Tenho aquele raciocínio de que, se eu não consegui ler o jornal direito, ferrou, porque alguém leu e eu fiquei para trás. Se eu não fizer, alguém vai fazer. Se eu não me esforçar, alguém vai se esforçar. É uma autoexigência constante. E as empresas estimulam a comparação e a competição entre as pessoas. Os funcionários são avaliados periodicamente, naquele esquema: os 25% de pessoas mais bem avaliadas ganham um bônus maior, 40% têm o bônus médio e os outros 35% não ganham bônus, sendo que alguns podem até ser demitidos. Eu quero sempre ser bem avaliado e isso me causa bastante ansiedade. É o que mais me tira o sono – literalmente. Se eu estou realizando um projeto importante no trabalho, deixo um caderno e uma caneta ao lado da cama, porque acordo no meio da noite e fico pensando em como vou desenvolver aquilo, anoto as ideias...

Eu não me vejo indo tranquilo para uma reunião importante. Aí as pessoas podem pensar: ‘Ah, normal, todo mundo fica um pouco ansioso antes de um compromisso importante’. O problema é que, como eu já tive ataques de pânico muito fortes, tenho medo de que essa ansiedade normal evolua para mais uma crise. Porque é a ansiedade extrema que leva ao pânico. É aquela história de cruzar a linha... É difícil saber que minha ansiedade natural pode me levar para o outro lado da linha e ainda assim ficar tranquilo, manter o controle. Esse é um universo emocional difícil de dominar. Se não se cuidar, você se perde.

Graças a Deus, tive uma boa educação e tenho uma família que me dá suporte, porque, quando se tem a síndrome do pânico, acho que é fácil descambar para a droga, para a bebida. A bebida acalma, tira totalmente a ansiedade. Eu me lembro de ter usado esse recurso em algumas ocasiões específicas. Houve um carnaval que eu passei no Rio de Janeiro, em que a sensação térmica na rua era de 50°C. Eu via as pessoas desmaiando e pensava: ‘Se uma pessoa que é normal está desmaiando, eu vou desmaiar

daqui a pouco’. Eu nem conhecia a pessoa para saber se ela realmente não tinha nenhuma fragilidade, mas, o meu raciocínio, desde que desenvolvi a síndrome do pânico, é esse: ‘Se tem alguém passando mal, eu vou passar mal também’. Eu me acho a pessoa mais frágil do mundo para ter esse tipo de mal-estar físico. Nesse carnaval, eu precisava beber umas cervejas ainda no apartamento, antes de sair para a rua, porque ‘careta’ eu não aguentava aquele calor. Já pensava que ia começar a suar muito, isso ia me deixar cismado, eu ia ficar com o coração acelerado, sem ar, aí viria a crise. O problema é que a bebida é uma armadilha, porque a ressaca favorece muito a ter ataque de pânico também. Se eu acordava enjoado, me sentindo mal, já ficava preocupado e aí uma coisa ia levando à outra. Mas, fora em situações esporádicas, eu não uso a bebida como subterfúgio. Não trago esse recurso para o meu dia a dia. E sei que é uma armadilha para as pessoas que não têm uma família bem estruturada, amigos, namorada...

Enfim, ter esse tipo de transtorno tem um impacto na vida. Agora, por exemplo, estou querendo mudar de emprego e penso bastante: ‘Será que numa outra empresa vou ter toda a liberdade que tenho hoje de trabalhar em casa de vez em quando e de falar abertamente sobre essas questões?’ Ou seja: a empresa vai entender o meu problema?^{4*} Isso me dá alguma insegurança para mudar de trabalho. Eu teria buscado outra vaga antes, se não fosse isso. Mas eu penso que tenho que ir me desafiando aos poucos. Tendo a síndrome do pânico, já fiz coisas que não imaginei que seria capaz de fazer. Encarei vinte horas num avião para visitar a minha namorada na Austrália, quando ela estava estudando lá, mesmo com o receio de ter uma crise nas alturas e não ter como ir embora. E já até saltei de paraquedas. A vida é assim. A gente vai se superando.”

Essas sensações corporais intensas, que chegam a dar a impressão de morte iminente e são chamadas por médicos e psicólogos de *ataques de pânico*, são experimentadas por um quinto da população,³⁴ pelo menos uma vez na vida, estima-se. De todas essas pessoas, 5%³⁵ acabam, assim como Felipe, desenvolvendo a síndrome do pânico – um quadro mais crônico e complicado em que os ataques de ansiedade aguda se tornam recorrentes e são seguidos de um receio constante de passar por todas aquelas reações físicas assustadoras outra vez.

O primeiro acesso de pânico costuma levar as pessoas direto para o pronto-socorro. Sem saber que estão sofrendo de um problema psíquico e emocional, tudo o que elas conseguem pensar, durante o desenrolar da crise, é que estão tendo um ataque do coração, vão desmaiar, morrer ou

estão enlouquecendo. O ataque costuma atingir seu ápice em 10 a 15 minutos, começa a melhorar em meia hora e, geralmente, se dissipa por completo em uma hora e meia. Os sintomas físicos vivenciados na crise de pânico são tão semelhantes aos de um ataque do coração que o protocolo de atendimento, no serviço de urgência dos hospitais, é idêntico para pacientes com sinais dos dois problemas. Ambos têm prioridade na fila de espera e são submetidos a eletrocardiograma e exames de enzimas cardíacas. Só depois que o resultado dos testes descarta a hipótese de problemas no coração, aventa-se a possibilidade da crise de ansiedade (apesar das semelhanças nos sintomas, é bom esclarecer que ninguém morre ou tem sequelas físicas em função de um ataque de pânico).

Como os acessos de pânico parecem vir “do nada” – na maioria das vezes, o ataque não vem no meio de uma briga ou num momento de tensão explícita –, é difícil para as pessoas se convencerem de que estão padecendo de um problema de ordem emocional, e não de um mal físico. Depois de dispensadas no pronto-socorro, não é raro que façam uma peregrinação em consultórios de cardiologistas, pneumologistas, otorrinolaringologistas e neurologistas e se submetam a uma batelada de exames que as viram do avesso, mas não encontram nada de anormal.

Apesar da impressão de que os acessos de pânico são imotivados e repentinos, basta um olhar mais cuidadoso para se perceber que há razões por trás deles. Segundo o psiquiatra e psicoterapeuta Francisco Lotufo Neto, do Instituto de Psiquiatria da USP, há um cenário típico em que geralmente se desenvolve a síndrome: uma pessoa com baixa autoestima e pouca autoconfiança – portanto, predisposta a sentir ansiedade em níveis mais elevados – entra no período de transição para a vida adulta e se vê cobrada por todos os lados, inclusive por si mesma, a ter plena autonomia e ser bem-sucedida. “Pronto, eu já estou até me sentindo ansioso só de me colocar no lugar dessa pessoa”, brinca Lotufo. No caso das mulheres, o contexto característico em que o pânico emerge é composto por uma jovem casada, com filho(s) pequeno(s), insatisfeita com o casamento, mas dependente financeiramente do marido e também com baixa autoestima e pouca autoconfiança. “Reúnem-se as sensações de insatisfação e impotência a uma realidade, de fato, difícil e está formada a armadilha que faz com que a mulher desenvolva o transtorno do pânico”, analisa o médico. O pânico também é comum em pessoas que apresentam histórico de ansiedade desde a infância. É frequente que indivíduos que sofreram de ansiedade de separação quando pequenos – um transtorno caracterizado pela extrema dificuldade em ficar longe dos pais, mesmo que seja na escola ou na companhia dos avós e tios – desenvolvam, na adolescência, a

síndrome do pânico.

Há ainda algumas substâncias aparentemente inofensivas, consumidas rotineiramente, que podem dar um empurrão para desencadear os ataques de ansiedade, se ingeridas em excesso: café, refrigerantes ricos em cafeína, bebidas energéticas e nicotina, por exemplo. Por isso, não é raro ouvir relatos de pessoas que tiveram seu primeiro acesso de pânico em plenas férias, na praia, enquanto curtiam a vida, tomando um *drink* e fumando um cigarro à beira-mar. Ou mesmo depois de um dia “comum”, em que ela fez “o de sempre” – tomou seus dois bules de café ou suas dez latas de refrigerante diárias.

Ou seja, mesmo que a pessoa não identifique, há sempre disparadores para as crises – sejam eles fatores externos, psíquicos ou fisiológicos. Geralmente, uma combinação dos três. No que diz respeito à parte da fisiologia, suspeita-se que o cérebro de uma pessoa que desenvolve o pânico tem um sistema de detecção de perigos mais sensível que o normal, e isso faz com que mensagens de alerta sejam emitidas para o corpo dela, ainda que não haja nenhuma ameaça de verdade por perto. Algo como um alarme de carro desregulado, que dispara sem que ninguém tenha forçado a porta do veículo. O resultado é o acionamento dos sintomas físicos da ansiedade.

As primeiras crises de pânico deixam a pessoa tão assustada que, dali em diante, ela tende a ficar vigiando qualquer sensação diferente que surge em seu próprio corpo. “Se ela sente o coração fazer ‘tumtum’, quando ele geralmente faz ‘tum tum tum’, já pensa: ‘Ai meu deus, o que está acontecendo?’”. O próprio estado de alerta em que ela se coloca nesse momento faz o organismo mudar. O coração começa a acelerar; por conta disso, ela sua mais; por conta disso, ela começa a respirar mais rápido; por conta disso, fica tonta e a vista escurece. Um sintoma vai desencadeando o outro e vem a crise, que acaba sendo uma reação orgânica a uma interpretação que a pessoa fez”, explica a psicóloga Claudia Gracindo, presidente da Associação dos Portadores de Transtornos de Ansiedade (Aporta).

Em alguns casos, o sujeito começa a evitar atividades que desencadeiam essas reações corporais, como praticar esportes ou mesmo ter relações sexuais. “A pessoa com transtorno de pânico, em geral, não aprendeu que emoções completamente diferentes podem provocar sensações físicas idênticas – o coração pode ficar acelerado quando ela está com raiva, mas também ao ver a pessoa por quem é apaixonada, ao fazer ginástica ou ficar excitada sexualmente. Independentemente do motivo que está por trás, o sujeito excessivamente ansioso interpreta a sensação de taquicardia como

um perigo”, explica Lotufo.

É também muito comum que, depois do primeiro ataque, a pessoa vá acumulando medos de situações que, em sua imaginação, podem fazê-la passar mal, ou de lugares de onde ela não consiga escapar facilmente, caso tenha uma crise. Foi o caso de Felipe. No princípio do quadro, ele deixou de ir para baladas, porque lugares fechados lhe deixavam incomodado. Também passou a não gostar de depender da carona de amigos, quando viajavam ou saíam à noite. “Qualquer circunstância em que eu não me sentisse livre para ir e vir era desconfortável. Por isso, sempre andava com dinheiro na carteira para pegar um táxi, caso precisasse ir embora imediatamente de algum lugar. E estava sempre olhando em volta para analisar a rota de fuga mais fácil”, conta.

Os receios mais típicos de quem tem a síndrome do pânico são o medo de multidões, aviões, túneis, elevadores, filas, cinemas e teatros, mas há outros bem peculiares – o psiquiatra Francisco Lotufo Neto tem pacientes que associam suas crises ao entardecer e à cor vermelha, por exemplo. Em casos extremos, a pessoa deixa de sair de casa. Quando o sujeito com síndrome do pânico passa a evitar essas situações em que acha que pode ter uma crise e não conseguir escapar, diz-se que ele desenvolveu também agorafobia. Etimologicamente, “agorafobia” significa “medo de espaços abertos”, mas, atualmente, o termo é usado nesse sentido mais amplo. O quadro que combina transtorno de pânico com agorafobia é o mais comum.

Enquanto na crise de pânico a ansiedade surge aparentemente “do nada”, na **fobia social**, a fonte de ansiedade é o *julgamento alheio*, por isso, a pessoa fica muito nervosa se tiver que falar em público, comer acompanhada ou escrever diante de alguém. É algo que vai muito além de uma simples timidez. A pessoa não fica apenas corada e sem jeito se tem que passar por essas situações – fica tão nervosa que não dá conta de realizar essas tarefas. Foge delas como o diabo foge da cruz. Na **ansiedade generalizada**, como o próprio nome sugere, *tudo é fonte de preocupação desmedida*. A pessoa simplesmente não consegue relaxar, está cronicamente tensa, ruminando dúvidas e tomando providências para evitar imprevistos e se sentir mais segura. E, no **estresse pós-traumático**, os sintomas de ansiedade surgem quando a pessoa *revive, em lembranças e pesadelos, experiências de sequestros, agressões sexuais, acidentes, episódios de violência ou o testemunho de alguma dessas situações*. Ela pode ficar desorientada, entorpecida ou agitada demais, sem conseguir dormir direito, por um mês ou mais.

Em qualquer uma dessas aflições emocionais, a ansiedade se manifesta

em três dimensões: física, mental e comportamental. As *reações físicas* – palpitações, suor excessivo, respiração ofegante e tremores – são mais explícitas na crise de pânico, mas também estão presentes nos demais transtornos de ansiedade. O *componente mental* se refere, por exemplo, às preocupações exageradas que impedem a pessoa de relaxar, aos pensamentos de que está ficando louca, por não conseguir conter suas obsessões e compulsões, ou ao receio constante de ser acometida por uma nova crise de pânico. Já os *comportamentos ansiosos* envolvem atitudes como a de um sujeito que se *esquiva* de situações que o deixam inseguro e nervoso (inventar uma desculpa para não ir a uma festa e ter que interagir com outras pessoas, por exemplo), conferir dezenas de vezes ao dia se fechou a porta antes de sair de casa (os rituais de *verificação* do TOC) ou fazer *perguntas excessivas para se reassegurar* de que tudo está sob controle (uma pessoa patologicamente ansiosa saindo em viagem de férias, por exemplo, vai se preocupar em perguntar dezenas de vezes ao agente de viagens se está tudo certo com sua reserva de hotel e suas passagens).

E, em todos esses transtornos, a ansiedade vem misturada ao medo. Essas são emoções muito próximas – primas-irmãs, digamos. Medo é o que a pessoa sente no momento em que se vê em perigo e a ansiedade é o que experimenta antes disso, ao antecipar uma situação capaz de prejudicá-la.

Nas **fobias específicas**, a ansiedade se origina da exposição *a situações, lugares, animais e objetos que a pessoa teme pavorosamente* – elevadores, cachorros, injeção, altura, viagens de avião... O fóxico acaba evitando contato com esses elementos ou sofre muito se tiver que encará-los. As fobias específicas são o tipo de ansiedade patológica mais frequente na população, mas o que menos leva aos consultórios de médicos e psicólogos. Embora pelo menos 7% das pessoas tenha algum medo extremo e irracional, suficiente para preencher o diagnóstico de fobia, a tendência de quem tem o problema é arrumar maneiras de conviver com ele sem se tratar. Quem tem fobia de cachorro, por exemplo, toma sempre o cuidado de verificar se uma casa que esteja visitando tem algum animal solto. Vez ou outra, até toma alguns sustos, ao ver um cão se aproximar no parque ou na rua, mas não é nada que traga maiores consequências no dia a dia.

O problema ocorre quando não dá para fugir do que causa medo. Nesses casos, os fóxicos costumam buscar ajuda. A psicóloga Claudia Gracindo já tratou, por exemplo, um executivo de uma grande multinacional que, por dever de ofício, tinha que viajar para Atlanta, nos Estados Unidos, a cada 15 dias e, em dado momento, desenvolveu fobia de avião. “Ele mesmo

estava vendo a hora de ser demitido, porque andava arrumando muitas desculpas para não viajar. Esse é um caso típico de uma fobia que traz prejuízos e precisa ser tratada”, diz a psicóloga. A busca por tratamento costuma ocorrer também quando as pessoas têm filhos e não querem repassar a eles os seus medos extremos e infundados.

Quem tem medo doentio de altura, agulha, elevador, avião ou outra fobia específica leva, em média, 36 anos para buscar a ajuda de um profissional. Muito diferente do pânico, que faz quase metade das pessoas procurarem tratamento no ano em que têm a primeira crise, segundo a pesquisa *São Paulo Megacity*, realizada por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP).³⁶

Ao contrário do que se pode supor na largada, a maior parte das fobias não surge em função de traumas do passado. O psiquiatra Francisco Lotufo explica que a maior parte dos medos patológicos tem duas origens: 1) a aprendizagem – foi esse o caso de seis irmãs que, criadas em uma fazenda, desenvolveram um pavor incontrolável de pererecas, depois de assistir, por anos, à própria mãe tendo um “ataque dos nervos” sempre que via um exemplar do animal; 2) medos ancestrais da espécie – isso explica por que os bebês não têm nenhum receio de enfiar o dedo na tomada, mas, desde cedo, aprontam um “chororô” se um cachorro se aproxima ou se alguém estranho tenta segurá-lo sem que a mãe esteja por perto. São medos que têm um papel de proteção para a espécie e, por algum motivo desconhecido, transformam-se em fobias em dado momento da vida de alguns sujeitos. E as fobias podem ser bastante irracionais. A psicóloga Claudia Gracindo dá o próprio exemplo: “Eu tenho fobia de borboleta. O que uma borboleta pode fazer contra a minha vida? Nada. Mas eu prefiro ela lá e eu aqui”.

Claudia trabalha desde 1997 ajudando pessoas a superar a fobia de dirigir. Segundo a psicóloga, salta aos olhos o fato de praticamente toda a sua clientela ter em comum, além da ansiedade, uma outra característica: o perfeccionismo. Ela diz que este costuma ser um traço comum a pessoas que têm fobias relacionadas a desempenho. “É muito frequente ver pessoas fóbicas de dirigir que também não falam outra língua, não sabem nadar e não andam de bicicleta”, aponta. Sujeitos que são, ao mesmo tempo, ansiosos e perfeccionistas não se dão o direito de passar por certos processos de aprendizado que, além de longos, são calcados em erros. “A exposição de uma aprendizagem – ser observado, julgado e criticado – é muito incômoda para a pessoa cujo lema de vida é: ‘Se for para fazer malfeito, melhor nem começar’”, explica Claudia.

O ansioso-perfeccionista é um tipo que costuma sofrer sozinho. Quem

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

está à sua volta geralmente nem percebe que sua ansiedade lhe é prejudicial porque ele não deixa de cumprir suas obrigações e, geralmente, tem ótimo desempenho profissional. Por isso, o sofrimento interno e os prejuízos pessoais que sua ansiedade exagerada lhe causam acabam camuflados. “A última coisa que o ansioso-perfeccionista prejudica é o trabalho. Ele vai implodindo a vida inteira – o lazer, as amizades, as relações familiares –, mas mantém o trabalho impecável. Ele pode até se acabar emocionalmente – chega em casa e chora a noite inteira, não dorme –, mas, como o chefe o elogia o dia inteiro e ele acha que as pessoas precisam dele, mantém-se naquela situação de sofrimento. Até pifar. Na hora que o corpo ‘diz’: ‘Não dá mais’, o desempenho profissional começa a cair e a situação complica de vez. Para o ansioso-perfeccionista, o trabalho é uma peça que, se for tirada, faz desmoronar todo o resto”, analisa Claudia.

Como disse Felipe em seu relato, todo mundo conhece alguém que já teve uma crise de pânico. Assim como todo mundo conhece alguém que tem insônia às vésperas de fazer uma viagem de avião ou apresentar-se diante de muitas pessoas no trabalho. Ou, ainda, um amigo que vive tenso por qualquer coisa. Paira no ar, sobretudo nos grandes centros urbanos, a impressão de que as pessoas estão cada dia mais ansiosas. Já virou até senso comum dizer que vivemos na “era da ansiedade”. De fato, basta olhar para o lado e ver que as pessoas perdem a compostura se precisam esperar mais de cinco minutos por qualquer coisa, andam quase marchando, nas ruas, de tão tensas, vivem sacolejando as pernas debaixo da mesa enquanto conversam e vira e mexe se queixam que têm dores de estômago ou enxaqueca “de nervoso”. Em sua obra *Livre de ansiedade*, o psicoterapeuta americano Robert Leahy, referência mundial na linha de tratamento psicológico cognitivo-comportamental, uma das mais utilizadas no tratamento de transtornos ansiosos, faz uma afirmação chocante. Segundo Leahy, “a *criança* média hoje exhibe o mesmo nível de ansiedade do *paciente psiquiátrico* da década de 1950”.³⁷ Mas, afinal, o que a vida moderna tem de diferente que causa tanta ansiedade?

Há quem diga que nada. Na opinião de quem pensa assim, ter que caçar o almoço e o jantar diariamente, viver sem energia elétrica, expor-se às intempéries e às infecções sem poder contar com vacinas e remédios era muito mais estressante do que viver com todo o conforto material e os recursos médicos que se tem hoje. Mas é preciso avaliar com calma essa questão. A luta pela sobrevivência é apenas uma das fontes de ansiedade que uma pessoa pode ter – uma fonte importante, é verdade, e que permanece atual para a parcela mais pobre da população, numa sociedade

desigual como a brasileira, que ainda tem de se preocupar, cotidianamente, em conseguir alimento para suas famílias numerosas, virar-se com a falta de assistência médica e se safar da violência na porta de casa. Mas, fora isso, a vida moderna ainda apresenta muitos outros motivos para nos fazer ansiosos.

Em seu livro, Robert Leahy aponta que uma das chaves para compreender os altos níveis de ansiedade nos dias que correm está no *afrouxamento dos vínculos sociais*. O raciocínio de Leahy é o seguinte: o processo de evolução humana favoreceu os seres mais afeitos à cooperação – um grupo bem organizado, em que estavam distribuídas as funções de caça, busca de moradia e vigilância de predadores e eram divididos os conhecimentos sobre plantas venenosas e meteorologia era muito mais apto à sobrevivência que uma tribo que vivia em pé de guerra. O fato de termos nos tornado seres colaborativos teria relação também com a necessidade de cuidar das crianças, porque, em tempos de catástrofes naturais abundantes e poucos recursos tecnológicos, era comum os pais de uma pessoa morrerem quando ela ainda era jovem. Nesses casos, restava à comunidade o papel de proteger, sustentar e educar os órfãos. “Para que esse processo cooperativo de criação ocorresse, boa parte do que poderíamos chamar de interesse social foi necessário – um instinto de cuidar do outro, um interesse pelo que os outros pensavam, empatia por seus sentimentos, cuidado por sua reputação no grupo”.³⁸ O problema, segundo o psicoterapeuta, é que, “ao longo do último século, nossos laços com outras pessoas passaram a ser menos estáveis e previsíveis. O divórcio é muito mais comum, e as famílias estão divididas e espalhadas. As chamadas famílias estendidas, em que as pessoas de um mesmo grupo familiar [*avós, tios e primos*] vivem juntas ou perto umas das outras, hoje é algo raro. As comunidades locais se tornaram muito menos coesas, dispersas pela mobilidade econômica, pelas estradas e pelos automóveis [...]. [...] as pessoas estão mais isoladas de seus vizinhos. Cada vez mais pessoas vivem sozinhas”.³⁹ Em resumo: “O apoio da tribo, de que a evolução nos acostumou a ser dependente, não está disponível como antes”.⁴⁰ E essa necessidade forçada de autossuficiência acaba por deixar muitas pessoas inseguras e ansiosas.

Leahy argumenta também que o aumento da ansiedade guarda relação com o fato de que o senso de autoconfiança das pessoas anda meio combalido na atualidade. De fato, cada vez que o mundo oferece mais possibilidades – em termos de mobilidade física e social, modelos familiares, trajetórias profissionais, comportamentos sexuais, consumo e

estilo de vida – as pessoas tornam-se mais inseguras em relação às próprias escolhas. Fazer uma opção, hoje, significa renunciar a um número muito maior de possibilidades que há cinquenta anos. Dê a uma pessoa duas ou três alternativas e ela terá com isso duas ou três opções: ficar satisfeita, frustrada ou inventar uma solução nova. Dê-lhe opções ilimitadas, como se tem hoje para quase tudo, e o resultado provável é que ela gastará muito mais tempo e energia analisando todos os prós e contras de cada possibilidade e, ao decidir-se, ficará ainda em dúvida se fez a escolha certa e ressentida pelo que abriu mão.

Com muita frequência, a ansiedade traz a tiracolo outros problemas emocionais. Cerca de 60%⁴¹ das pessoas que têm transtornos de ansiedade sofrem também de depressão. Ou seja, a ocorrência conjunta desses dois problemas é a regra, não o ponto fora da curva. Médicos e psicólogos observam com recorrência, em seus consultórios, pessoas que chegam relatando sintomas de ansiedade generalizada, síndrome do pânico e TOC e vão, aos poucos, entristecendo-se, a ponto de se deprimir, quando se dão conta das limitações que seus sintomas ansiosos lhes impõem. Apesar dessa observação empírica, ainda não se sabe exatamente se um problema leva ao outro, se um problema simplesmente coexiste com o outro ou se um problema é também o outro, manifestando-se com mais ênfase ora nos sintomas de ansiedade, ora nos sintomas de depressão, em diferentes momentos. “Essa é briga científica das boas”, diz Francisco Lotufo Neto. Quando se conhecerem mais precisamente a origem e os mecanismos de cada um desses transtornos psíquicos, os pesquisadores poderão chegar a uma conclusão mais fundamentada. E talvez descubram que ansiedade e depressão são apenas duas faces da mesma moeda.

O **transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)** não é o distúrbio de ansiedade dos mais comuns – atinge 2% da população⁴² –, mas está entre os que mais causam sofrimento. Confundido muitas vezes com simples manias e superstições, nem de longe é inofensivo como elas. Superstições são crenças e costumes partilhados por pessoas de uma mesma cultura: não passar debaixo da escada porque dá azar, usar branco na virada do ano para dar sorte, não deixar os chinelos com a sola virada para cima para que nenhum mal aconteça à própria mãe.... Já as manias são ritos pessoais que trazem conforto, como levar sempre um copo d’água para o lado da cama antes de se deitar, fechar sempre a porta do guarda-roupa antes de ir dormir ou carregar um amuleto pessoal em ocasiões importantes. Tanto as superstições quanto as manias são coisas que não tomam tempo, não atrapalham em nada a vida e, na maioria dos casos, são restritas a ocasiões específicas. O TOC é diferente – invade a vida das pessoas, impondo

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

regras rígidas que precisam ser cumpridas para tudo, todos os dias. Rouba-lhes tempo, energia e paz de espírito.

No TOC, a ansiedade é desencadeada por *pensamentos ruins e repetitivos que invadem o pensamento* da pessoa contra a vontade dela, as *obsessões* – a ideia de que tudo está contaminado por germes ou de que alguém próximo e querido vai morrer, por exemplo. Para aliviar a aflição vinda das obsessões, o sujeito geralmente se obriga a repetir rituais, chamados de *compulsões* – gasta horas do dia lavando as mãos ou arrumando a posição de objetos em casa.

Mas a ansiedade é apenas um dos sintomas do TOC. Esse transtorno envolve ainda uma série de outras sensações – dúvida, nojo, culpa e o sentimento de que algo está errado ou faltando. Por isso, o TOC tem certo “*status especial*” entre os transtornos de ansiedade. É possível que, em breve, ele seja classificado numa categoria à parte. Enquanto nada muda oficialmente, será abordado aqui ainda no grupo da ansiedade patológica.

Mauricio, 52 anos, tem um TOC grave. A história dele ajudará a entender um pouco sobre o problema.

Desde criança, Mauricio é um sujeito cuidadoso com questões de organização e limpeza. Sempre foi elogiado pela mãe, que citava seu quarto, impecável, como referência para suas irmãs, mais identificadas com a turma da bagunça. Até a juventude, esse “jeito de ser” só lhe trouxe elogios. Mas, aos 22 anos, quando começou a trabalhar, passou a causar alguns inconvenientes. Mauricio conseguiu estágio num banco, enquanto fazia faculdade de economia à noite e cursava administração de empresas pela manhã, em duas das instituições mais conceituadas do país. Sua função como estagiário era a de analista de investimentos na bolsa de valores. De cara, o rapaz agradou. “Esse menino tem futuro. Vai chegar a diretor do banco”, chegou a ouvir de um chefe. O programa de estágio deveria durar um ano, mas, com três meses de trabalho, ele foi efetivado como funcionário. “Acharam que eu já estava pronto para assumir o cargo”, conta. Mauricio teve a carga horária dobrada. Trancou a faculdade de administração que fazia de manhã e passou a cumprir expediente integral no banco. E foi exatamente nesse ponto que as coisas começaram a se complicar.

Embora tivesse bom desempenho, o rapaz pecava por um defeito importante: nunca conseguia chegar no horário. “Todo mundo chegava às 9 horas da manhã e eu chegava às 9h30, 9h45. E a bolsa de valores não espera ninguém... Depois de um ano e meio de atrasos diários, fui demitido.” Mauricio se atrasava por demorar muito tempo no banho matinal – uma hora e meia, pelo menos. Precisava limpar muito bem cada

milímetro de seu corpo, pois, do contrário, sentia-se contaminado por bactérias.

Apesar do revés, não teve dificuldades em encontrar um novo emprego, pois tinha um bom currículo acadêmico. No novo cargo, porém, o problema com o horário se repetiu. E mais uma vez. E outra. Os atrasos o fizeram ir pulando de empresa em empresa, a cada ano, durante seis anos. Até que, em 1998, Mauricio passou num concurso público para um cargo federal, no Ministério do Planejamento, em Brasília. Havia conquistado um bom salário e estabilidade. Mas continuou tendo problemas. Além dos atrasos cada vez maiores para começar o expediente, começou a perder prazos de entrega de tarefas. Era tão perfeccionista na elaboração de ofícios e memorandos pelos quais era responsável, que acabava demorando demais a concluir suas atribuições e atrapalhava o fluxo de trabalho de seus colegas. “Eu achava que tudo o que eu fazia tinha que estar perfeito, do contrário, alguma coisa de ruim poderia acontecer a meus familiares. Só que os documentos nunca ficavam perfeitos”, explica. Os temores de Mauricio de que algo muito ruim poderia acontecer a seus entes queridos aumentaram – e, conseqüentemente, seus rituais de organização, limpeza e perfeccionismo também – quando seu pai adoeceu, em 1991, acometido por uma doença degenerativa. “Os pensamentos obsessivos de que o meu pai iria morrer me faziam ficar dias redigindo um documento no trabalho e horas arrumando e conferindo coisas em casa, todos os dias.” Desde criança, Mauricio tem um número mágico, o 27. Todos os seus rituais do TOC são cumpridos segundo a lei do 27: conferir se a porta está trancada 27 vezes, se a janela está fechada 27 vezes, tudo 27 vezes. Com isso, perdia – e perde – sempre o horário.

Houve dias em que Mauricio se atrasava tanto com o banho e os rituais de verificação que ficava constrangido de aparecer no trabalho no meio do dia e acabava não indo cumprir expediente. “Teve uma vez em que eu tentei lutar contra essas necessidades de checar tudo e falei: ‘Não vou fazer’. Saí de casa sem conferir se as coisas estavam no lugar. No meio do caminho, eu admiti para mim: ‘Não dá. Alguma coisa muito grave vai acontecer’. Voltei para casa e, quando terminei de verificar tudo, já eram duas da tarde. Eu pensei: ‘Não tem condições de eu aparecer no trabalho agora. Vai estar todo mundo com cara de ódio e sarcasmo para mim, me achando um folgado, um vagabundo. Aquele clima péssimo... Amanhã eu vou’.”

Até então, Mauricio achava que seus problemas se deviam ao fato de ser “uma pessoa muito meticulosa, um cara meio complicado”. Seu ponto de vista começou a mudar em 1998, quando leu uma matéria de jornal a

respeito de uma doença sobre a qual ele nunca tinha ouvido falar: o transtorno obsessivo-compulsivo, ou, como é mais conhecido, TOC. Mauricio leu a lista de sintomas do transtorno e se identificou com cada tópico. Resolveu procurar uma instituição citada na reportagem, dedicada a dar apoio a pessoas portadoras do problema e a seus familiares, a Astoc. Lá, foi encaminhado para uma consulta com uma psicóloga e um psiquiatra. Avaliado pelos profissionais, recebeu a confirmação de suas suspeitas: tinha transtorno obsessivo-compulsivo. “Aí a coisa começou a clarear. É como se eu fosse míope, sem saber que tinha um problema de visão e, de repente, tivesse colocado um par de óculos e passado a enxergar direito”, diz.

Mauricio começou, então, a se tratar com medicamentos e psicoterapia. No entanto, ainda hoje, não teve melhoras significativas. Segundo os especialistas que o acompanham, seu caso é grave e refratário aos tratamentos disponíveis. “Eu demorei demais a procurar ajuda. Estava já com 38 anos quando me dei conta desse problema que, hoje eu vejo, já existia, num grau menor, desde a infância. Depois de quase quatro décadas, os meus comportamentos compulsivos já tinham entrado no piloto automático. É como se o TOC tivesse entranhado na minha pele, e eu não conseguisse mais tirá-lo de lá. Se eu tivesse procurado tratamento mais cedo, as chances de controlar o problema seriam muito maiores”, lamenta.

O TOC de Mauricio atingiu tal nível de gravidade que ele foi demitido do serviço público. Seus atrasos, faltas e descumprimento de prazos foram usados como argumentos num processo administrativo que começou em 2001 e culminou com seu desligamento, em 2008. E, atualmente, ele ainda responde a uma ação do governo federal que o acusa de improbidade administrativa. “Nessa ação, o governo me atribui a reponsabilidade pelo desaparecimento de alguns processos no Ministério da Fazenda em São Paulo, por onde passei. Como não conseguiram provar minha responsabilidade nessa questão, fundamentaram a acusação afirmando que eu era um funcionário desidioso, que se atrasava e faltava com frequência, não se mostrando preocupado em desempenhar suas funções com o zelo que deveria”, explica. A ação pede que Mauricio indenize o Estado com um valor equivalente a 100 vezes o seu salário (algo em torno de R\$1.400.000,00, corrigido para valores atuais), a título de indenização por prejuízos que o ex-funcionário teria causado ao erário público – “prejuízo que o governo não conseguiu dimensionar, porque não existiu de fato”, diz.

Quando todo esse imbróglio do processo administrativo começou,

Mauricio já acumulava um maço de atestados de seu psiquiatra mostrando que ele estava incapacitado para realizar suas atividades profissionais, em razão do TOC. Os documentos solicitavam uma licença médica para ele. No entanto, Mauricio havia escondido todos esses papéis. Assim como continuava escondendo a doença de sua esposa, de seus pais, filhos, chefes e colegas de trabalho. “Não sei por que escondi. Acho que eu tinha vergonha de não conseguir controlar esses pensamentos e essas atitudes ridículas, apesar de ser um cara esclarecido, formado em três faculdades [*cursou Direito, depois de se formar em Economia e Administração*].” Só abriu o jogo com a esposa e a família quando teve seu salário temporariamente suspenso, por causa das faltas, em 2001.

Hoje, Mauricio move uma ação na Justiça para tentar reverter sua demissão ou para ser aposentado por invalidez, caso os médicos julguem que essa é a solução mais apropriada. Luta também para recuperar os salários que deixou de receber em definitivo, desde 2008. Vive com a remuneração do trabalho da esposa e usa, mensalmente, uma parcela da poupança que acumulou durante os anos de serviço público. Preocupa-se com o fato de as despesas da família serem sempre maiores que a receita. Fora os custos com a própria casa e os filhos, Mauricio tem ainda um gasto de R\$ 2 mil por mês com seus pais.

“Eu cheguei a uma situação tal que, em alguns dias, não tenho vontade nem de levantar da cama. Eu penso: ‘Poxa, estou com 52 anos de idade, se eu perder essas ações na Justiça, o que eu vou fazer da vida?’. Depois de ser demitido do serviço público, até tentei trabalhar numa imobiliária, mas não durou mais de um mês e meio porque não conseguia chegar na hora para mostrar o imóvel aos interessados. O meu psiquiatra continua dizendo no meu prontuário que estou incapacitado para o trabalho. Fico imaginando que imagem os meus filhos têm de mim... Uma vez, o meu menino me perguntou: ‘Pai, por que você não trabalha?’ Eu tive que explicar para ele. Então, hoje, o meu filho de 8 anos de idade sabe o que é TOC. Ele me vê ajeitando as coisas e fala: ‘Para, pai, isso é TOC. Não vai acontecer nada, se você não arrumar tudo de novo hoje’. Eu fico me sentindo um lixo... Com três cursos de graduação, uma pós-graduação que eu só não consegui completar por causa dessa maldita doença, eu poderia estar dando aula em algum lugar... Mas eu nem me atrevo porque não conseguiria chegar nas aulas a tempo.

Hoje a minha rotina é assim: quando a minha mulher e os meus filhos vão dormir, por volta da meia-noite, vou conferir se tudo está no lugar em casa: cada porta, cada janela, a gaiola dos periquitos no quintal. Todos os dias, sete dias por semana. Abro e fecho cada porta 27 vezes. As janelas

dos quartos dos meus filhos têm que estar com as folhas de madeira fechadas e a parte de vidro aberta a um palmo de distância, no caso do menino, e a um palmo e meio de distância, no caso da menina. A gaiola dos periquitos, numa diagonal perfeita. Depois que eu verifico isso, tenho que conferir se o bujão de gás não está vazando. Quando termino de conferir se está tudo no devido lugar, já são 2h, 3h da manhã. Aí vou ver meus e-mails, leio um pouco e vou dormir ali pelas 4h ou 5h. Acordo às 11h, abro as janelas, arrumo a cama dos meus filhos e a minha – mesmo se a empregada já tiver arrumado, eu tenho que arrumar de novo, do meu jeito, com o lençol formando um envelope perfeito, sem nenhuma ruga. Coloco os brinquedos do meu filho em cima da cama sempre do mesmo jeito – o palhaço, a almofada do time de futebol, o carrinho, tudo exatamente no mesmo lugar. Quando vou ver, já são 12h40, tenho que levar o meu filho correndo para a escola, porque ele entra às 13h10. Ele sempre chega cinco minutos atrasado, por minha causa. Fica incomodado, vem me dizer que a professora está pegando no pé. Eu falo para ele dizer que a culpa é do pai dele. Aí ele pergunta: ‘Eu vou falar o quê? Que você tem TOC?’. Eu respondo: ‘Pode dizer o que você quiser. Ou nem precisa explicar o motivo. Fala que você estava pronto na hora, mas seu pai atrasou’. Tem dia que eu consigo chegar na hora, ele fica feliz da vida.

Depois que eu o deixo na escola, aproveito para pegar a minha filha, que estuda de manhã, e aí nós almoçamos. Na parte da tarde, depois que a empregada arrumou todo o resto da casa, eu vou conferir se está tudo no lugar. Quando vou ver, já são 17h, hora de buscar o meu filho na escola. Nós jantamos juntos. Aí, eles vão dormir e começa tudo de novo. Que trabalho eu posso realizar tendo uma rotina tão absurda e ridícula quanto essa?

Quando tenho um compromisso muito importante, faço uma negociação com o meu TOC. Por exemplo: eu tive um casamento no final de janeiro, num sábado. Comecei a me arrumar bem cedo, e pensei assim: ‘Hoje, eu vou fazer um resumo: o 27 eu divido por três e vou fazer tudo só 9 vezes’. É como se o meu TOC falasse: ‘Hoje eu vou deixar você em paz’. Eu e minha esposa chegamos um pouquinho atrasados, mas o casamento também atrasou, então, ficou tudo certo. Mas já atrasei a cerimônia de casamento de uma amiga da minha mulher em meia hora. Nós éramos padrinhos... Eu me atrasei até nos depoimentos da sindicância que levou à minha demissão. É uma coisa totalmente fora de controle. Deixo de cumprir obrigações para realizar as minhas compulsões, porque, se não, não fico em paz.

A única coisa boa no meio disso tudo é que estou vendo os meus filhos

crescerem. Eu levo e busco as crianças na escola, tiro as dúvidas do dever de casa, levo o meu menino nos jogos de futebol... Acompanhar os filhos crescendo é uma coisa que muitos pais gostariam, mas não conseguem, hoje em dia. E eles me dão uma grande alegria. São muito inteligentes e muito apegados a mim. A família é a coisa mais importante da minha vida. Se não fossem eles, eu não sei. A minha mulher deve gostar muito de mim, porque, se não, já teria me dado cartão vermelho. Mas acho que ela sofre bastante com esse meu problema, e perceber isso me faz sentir mal.

Tem hora que eu entro numa melancolia... Em alguns sábados, como não tenho que levar as crianças à escola, passo o dia na cama. Acho até que o meu psiquiatra está mais preocupado agora com o meu processo depressivo que com os rituais do TOC propriamente ditos. Numa das últimas consultas, ele me perguntou como eu estava e eu falei: ‘Aquelas ações na Justiça não me saem da cabeça’. Ele até comentou: ‘É bem frase de quem tem TOC mesmo: Isso não sai da minha cabeça’. Tem que rir para não chorar... Os meus filhos ainda me animam, dizendo: ‘Não esquenta, pai, você vai ganhar os processos’. Eles levantam o meu moral.”

Os TOCs podem se manifestar de maneiras muito diversas. Em sua forma clássica, como a que atinge Mauricio, apresenta-se “com figurino completo”, ou seja, com *obsessões regendo compulsões*. Mas o TOC pode ficar apenas no terreno dos *pensamentos obsessivos*, sem *comportamentos compulsivos* associados. Um exemplo: uma mulher pode ter repetidamente o pensamento repugnante de que vai machucar seu bebê amado, ficar muito atormentada por essa ideia que invade sua cabeça, mas não criar nenhum ritual para “neutralizar” o pensamento ruim. Ou, o contrário: o TOC pode ser composto *apenas por rituais repetitivos de compulsão*, sem ter uma ideia obsessiva clara por trás – uma pessoa tem sempre de ler as palavras de trás para frente, mas não tem nenhum medo ou pensamento incômodo que justifique essa atitude. Ou ainda apresentar *compulsões que*, em vez de serem desencadeadas por medos obsessivos, *têm como gatilho sensações incômodas*. Por exemplo: a pessoa pode lavar a mão exageradamente não porque tem uma ideia fixa de que está contaminada, mas porque tem a sensação desagradável de que a mão está sempre engordurada. Ou acende e apaga a luz dezenas de vezes não por acreditar que algo ruim vai acontecer se ela não repetir o movimento, mas porque só fica satisfeita quando ouve um clique específico do interruptor, que só ela reconhece. Ou na clássica mania de ajeitar quadros tortos na parede: a pessoa não consegue continuar a conversar ou cumprir suas tarefas se não endireitar a tela, porque a assimetria incomoda sua visão. Esses são os chamados *TOCs sensoriais*.

Os conteúdos das obsessões e os tipos de compulsões também são os mais variáveis possíveis.

As ideias obsessivas mais comuns são relativas a:

- dúvidas: “Pela milésima vez, tranquei a porta ou não?”;
- agressões: “Vou machucar meu bebê”;
- doenças: “Será que essas dores de cabeça frequentes são um tumor no cérebro?”;
- sujeira e contaminação: o executivo que pede à sua secretária que faça cópias *xerox* de documentos recebidos de outras pessoas para não entrar em contato com os originais “cheios de germes”;
- religião: o TOC do cantor Roberto Carlos, que deixou de cantar alguns de seus maiores sucessos para não repetir palavras negativas, como “inferno” e “mal”;
- sexo: as obsessões de cunho erótico, diferentemente das fantasias sexuais, causam culpa.

Já os rituais compulsivos mais frequentes são de:

- verificação: checar várias vezes se a porta está trancada, o gás fechado...
- higiene pessoal: usar água quase fervendo para lavar as mãos, tomar banhos que duram horas;
- limpeza: o sujeito gasta horas limpando um único cantinho da casa – e, às vezes, não dá conta de limpar todo o resto, ficando a casa suja, no fim;
- organização: arrumar, de jeito meticuloso e rígido, quadros na parede, livros na estante, roupas e sapatos no armário...
- contagem: números mágicos determinam quantas vezes a pessoa tem de acender e apagar a luz, abrir e fechar a porta, rezar para se penitenciar de um pecado;
- acumulação: não conseguir se livrar de jornais velhos, lascas de unha e outros objetos excêntricos.

Os rituais compulsivos nem sempre são atitudes visíveis, podem ser

apenas atos mentais – contar, rezar ou pensar em uma palavra que neutralize outra, por exemplo.

Como pensamentos e comportamentos irracionais que são, as obsessões e compulsões atingem também pessoas inteligentes e cultas. A história de Mauricio deixa isso bastante claro. Na maioria dos casos, os portadores de TOC conseguem ver a própria vida de fora e enxergar o absurdo que há em chegar atrasado no trabalho por ficar acendendo e apagando a luz durante uma hora, por exemplo, mas não conseguem controlar a própria mente e conter suas atitudes. O caso de Mauricio mostra quão grave pode ser um TOC. Mas há quadros mais leves, que incomodam e reduzem a qualidade de vida, sem incapacitar tanto.

Nos primórdios da descrição da doença, o transtorno obsessivo-compulsivo já recebeu as alcunhas de “loucura lúcida” ou “delírio sem delírio”. Uma alusão aos pensamentos sem sentido que o transtorno envolve, em contraponto à autocrítica que as pessoas acometidas pelo problema preservam – diferente dos sujeitos com esquizofrenia, que tomam seus pensamentos delirantes como a mais absoluta verdade. Hoje, o apelido mais comum para o TOC é “doença do segredo” – “como a pessoa tem consciência de que suas ideias e atitudes não são razoáveis, sente vergonha delas e tenta escondê-las tanto quanto pode”, explica a psiquiatra Roseli Shavitt, coordenadora do Programa de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Protoc), do Instituto de Psiquiatria da USP.

Como acontece também em relação às demais doenças da mente, o TOC é causado por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Sabe-se que os genes têm uma participação importante porque uma pessoa que tem um irmão gêmeo idêntico com TOC – ou seja, um irmão que partilha exatamente da mesma genética – tem até quatro vezes mais chances de também ter o transtorno, em relação a alguém que tem um irmão gêmeo não idêntico com a doença, ou seja, um irmão que tem constituição genética diferente. A influência se dá não apenas pela convivência, portanto. “Morar com pessoas que têm TOC não é suficiente para desenvolver o transtorno. É preciso juntar a influência ambiental com a predisposição genética”, explica Roseli Shavitt.

Quatorze anos depois de saber que é portador de TOC e munido de muita informação sobre a doença, Mauricio hoje consegue identificar que sua mãe é portadora do mesmo transtorno. Ele conta como chegou a essa conclusão: “As empregadas domésticas nunca duraram mais que seis meses na casa da minha mãe, porque ela fica em cima, fazendo elas limparem o que já está limpo. Para se ter uma ideia, ela faz as coitadas limparem o trilho da porta de correr todos os dias com uma faquinha.

Hoje, a minha mãe não consegue dar banho no meu pai, que é cadeirante, mas ela fica do lado da cuidadora vigiando o banho. Tudo tem que ser feito do jeito dela, segundo o padrão de higiene dela. Eu já até levei a minha mãe ao psiquiatra, ele fez uma avaliação e confirmou o diagnóstico de TOC. Mas ela não aceita. E com 72 anos não vai aceitar mesmo...”.

Com pequenas variações, o tratamento indicado para todos os transtornos de ansiedade é feito à base de psicoterapia, técnicas de relaxamento (nos casos mais leves, essas duas estratégias costumam bastar) e de remédios da classe dos antidepressivos e dos benzodiazepínicos (popularmente, calmantes). O uso de calmantes, embora seguro, precisa ser feito com acompanhamento médico, pois pode causar dependência física e psicológica, quando feito sob uso prolongado e em altas doses – lembra-se do medo que Felipe tinha em relação a essa possibilidade? Por isso, geralmente, a suspensão do uso desse tipo de medicação é feita gradualmente – diminui-se a dosagem do remédio em 0,5 miligrama a cada duas a três semanas, até que a pessoa pare de tomá-lo completamente. A advertência é importante porque o Brasil é o maior consumidor do mundo de um calmante de baixo custo, o clonazepam (conhecido popularmente por um de seus nomes comerciais, o Rivotril, mas também vendido sob outras marcas). Ele é o segundo remédio mais vendido no país, ficando atrás somente de um anticoncepcional distribuído pelo governo através do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de, oficialmente, o clonazepam ser vendido apenas mediante apresentação e retenção de uma receita médica especial (aquela azul) na farmácia, não é difícil consegui-lo com a vizinha, na internet, ou mesmo com um parente médico. Tomado sem o acompanhamento devido e suspenso repentinamente, ele pode causar sintomas de abstinência, como insônia, taquicardia, irritabilidade, tensão muscular e visão turva.

A linha de tratamento psicológico das mais utilizadas para os casos de ansiedade patológica é a chamada terapia cognitivo-comportamental, conhecida no meio especializado pela sigla TCC. A TCC se baseia no princípio de que é preciso reprogramar pensamentos distorcidos e comportamentos automáticos indesejados para, indiretamente, modificar as emoções de ansiedade e medo exagerados, que atrapalham a vida da pessoa. O método é eficaz sobretudo para controlar sintomas bastante específicos, como o medo de altura, a mania de lavar as mãos várias vezes ao dia ou os picos de ansiedade física, presentes nas fobias, no TOC ou no transtorno do pânico.

A TCC segue um roteiro bastante padronizado, envolve muitos treinos junto com o terapeuta e “deveres de casa” para o paciente. É um

tratamento objetivo e de curto prazo, programado, geralmente, em dez a vinte sessões, com frequência de uma vez por semana. Ou seja, em cerca de três a cinco meses, espera-se que o paciente aprenda a controlar os acessos de pânico, consiga lidar melhor com suas fobias e conter suas compulsões. O resultado é satisfatório em cerca de 60% dos casos.

Na terapia cognitivo-comportamental, o terapeuta ensina ao paciente técnicas que o ajudarão a conter seus sintomas de ansiedade. O repertório clássico dessa linha terapêutica envolve exercícios respiratórios, práticas de relaxamento muscular e ferramentas de distração. A respiração diafragmática – aquela em que inspiramos e expiramos lenta e profundamente, fazendo a barriga subir e descer, tão natural para as crianças, mas “desaprendida” pelos adultos – ajuda a controlar a agitação e o nervosismo. Ela contrapõe os efeitos da respiração rápida que as pessoas muito ansiosas costumam ter – tecnicamente chamada de hiperventilação. Estima-se que 60% dos acessos de pânico sejam desencadeados por essa forma afoita de respirar.⁴³ Explica Lotufo: “Quando a pessoa hiperventila, baixam os níveis de gás carbônico no sangue, os vasos sanguíneos se contraem, e isso produz palpitação, formigamento na ponta dos dedos, falta de ar e tontura. Essas sensações deixam as pessoas assustadas e contribuem para provocar a crise de pânico”. Por isso, respirar de maneira correta ajuda a controlar as sensações físicas de ansiedade. Para reaprender a respirar pelo abdômen, é útil colocar uma das mãos em cima da barriga e fazê-la subir e descer lentamente. Com um pouco de prática, a respiração abdominal ficará automática e o auxílio da mão poderá ser dispensado.

Os psicólogos adeptos da TCC costumam ensinar também uma técnica clássica chamada *relaxamento muscular progressivo*. Criada pelo médico americano Edmund Jacobson, no começo dos anos 1920, o método baseia-se em duas premissas: 1) a tensão dos músculos é resultado e equivalente físico de uma mente ansiosa; 2) é impossível uma pessoa estar tensa e relaxada ao mesmo tempo. Portanto, se ela puder relaxar o corpo, conseguirá também controlar a ansiedade de sua mente. O pulo do gato de Jacobson foi ensinar pessoas patologicamente ansiosas a relaxar o corpo através do caminho oposto, ou seja, ensinando primeiro a tensioná-lo o máximo possível. Afinal, para uma pessoa que vive tensa, é mais difícil aprender a ficar “molinha” do que retesar os músculos um pouco mais.

Jacobson instruía seus pacientes a sentar-se numa cadeira confortável ou deitar-se numa cama e seguir uma sequência de exercícios em que a pessoa deveria contrair músculos específicos por cerca de cinco segundos e, em seguida, soltá-los. Exemplo: estique os braços, cerre os punhos, cravando as unhas nas mãos e fique por cinco segundos. Agora solte. Estenda a

perna, aponte os pés para cima, esticando bem a panturrilha, e fique por cinco segundos. Agora solte. Contraia a barriga em direção às costas, segure por cinco segundos e depois relaxe. Levante os ombros em direção às orelhas o máximo que puder, mantenha a posição por cinco segundos, depois relaxe. Enrugue a testa o quanto puder, segure por cinco segundos e depois solte. E assim vai... Jacobson desenvolveu uma série de 200 exercícios desse tipo. Praticá-los durante 20 minutos, diariamente, ajuda as pessoas muito ansiosas a perceberem os momentos em que tensionam seus músculos involuntariamente – e, assim, elas saberão como relaxá-los. Os ansiosos também podem – e devem – buscar ajuda para relaxar fora dos consultórios de psicoterapeutas. A prática do ioga, por exemplo, já é chancelada pelos especialistas como um tratamento eficaz dos transtornos de ansiedade, pois combina técnicas de respiração, relaxamento e meditação muito úteis no controle dos sintomas (*saiba mais informações sobre os benefícios do ioga para a saúde da mente no capítulo “Melhor prevenir que remediar”*).

Técnicas de distração são bastante simples e também funcionam. A psicóloga Claudia Gracindo sugere a seus pacientes que, quando começarem a sentir reações físicas de ansiedade, façam uma contagem de trás para frente, a partir do número 200, pulando os números de três em três. Assim: 200, 197, 194, 191, 188, e assim por diante. Dessa forma, a pessoa tira a atenção das sensações corporais de ansiedade e vai se acalmando.

Todas essas ferramentas já são úteis para controlar os sintomas de ansiedade e também serão fundamentais para completar o tratamento, com uma última fase: o *enfrentamento* das situações que causam ansiedade extrema. Se uma pessoa tem crises de pânico quando anda de ônibus ou viaja de avião, ela será, aos poucos, exposta a essas situações. Se tem ideias obsessivas de contaminação, será levada a entrar em contato com a sujeira. Se tem um medo patológico de elevador, é para dentro de um que ela será levada. É um processo que tem por objetivo *dessensibilizar* a pessoa de seus temores. Em outras palavras, fazê-la acostumar-se com seus objetos de medo. Para isso, ela enfrentará as situações que lhe deixam ansiosa, em doses homeopáticas e sempre de modo seguro, para que o cérebro dela aprenda que as circunstâncias que vê como perigosas podem ser vividas sem causar danos.

Há psicólogos que preferem começar esse processo em consultório, pedindo que o paciente se imagine em uma ocasião que lhe traz ansiedade – viajando de avião ou usando o banheiro de um *shopping*, por exemplo – e, juntos, eles vão desconstruindo item por item o pensamento catastrófico

que a pessoa associa a essas circunstâncias. Outros profissionais preferem levar logo a pessoa a enfrentar a situação temida *in loco* – sempre de forma gradual, claro.

O próprio paciente elabora com o terapeuta uma lista de coisas que ele tem medo de enfrentar, do mais fácil para o mais difícil. Essa *hierarquia de medos* servirá de roteiro para as sessões de enfrentamento. No caso da fobia de elevador, por exemplo, primeiro, paciente e terapeuta vão ficar olhando para um elevador de porta fechada. Depois, vão olhar para ele com a porta aberta. Em seguida, vão entrar e sair do elevador parado. Depois, vão entrar, ficar dois minutos dentro dele, ainda parado, e depois sair. Na sequência, vão subir um andar. Os próximos passos serão: subir, juntos, vários andares; ficar dentro do elevador parado por cinco minutos, dez minutos, 20 minutos, meia hora, até chegar a 50 minutos – o tempo aproximado que a pessoa deverá aguentar ficar dentro do elevador, até receber socorro, caso o elevador pare de verdade. Ao final do tratamento, o paciente deverá dar conta de fazer tudo isso sozinho. “Depois de concluídas as sessões, a ideia é que a pessoa, ao começar a se sentir ansiosa, não tire da bolsa um remédio, e sim uma respiração, uma distração, um pensamento racional e, assim, controle melhor suas reações. Alguns pacientes dominam tão bem as técnicas que nunca mais têm sequer uma crise de ansiedade”, diz Claudia Gracindo. E, caso os sintomas voltem a acenar, em fases de muito estresse da vida, já sabem o caminho a percorrer para recuperar sua paz de espírito.

TESTE DE ANSIEDADE

Este questionário⁴⁴ ajudará a reconhecer se você vem apresentando sinais de ansiedade exagerada. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário, as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo.
- 2 () Boa parte do tempo.
- 1 () De vez em quando.
- 0 () Nunca.

Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte.
- 2 () Sim, mas não tão forte.
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa.
- 0 () Não sinto nada disso.

Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo.
- 2 () Boa parte do tempo.
- 1 () De vez em quando.
- 0 () Raramente.

Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre.
- 1 () Muitas vezes.
- 2 () Poucas vezes.
- 3 () Nunca.

Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca.
- 1 () De vez em quando.

2 () Muitas vezes.

3 () Quase sempre.

Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais.

2 () Bastante.

1 () Um pouco.

0 () Não me sinto assim.

De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento.

2 () Várias vezes.

1 () De vez em quando.

0 () Não sinto isso.

** Questionário adaptado da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão*

Pontuação:

Some os pontos correspondentes às respostas que você assinalou. Para isso, use os valores que estão à frente de cada alternativa.

Pontuação total: _____

Resultado:

Se você obteve

- De 0 a 8 pontos: a sua ansiedade parece estar em níveis normais. Não se preocupe.
- 9 pontos ou mais: há sinais de que você anda excessivamente ansioso. É recomendável procurar um médico ou psicólogo, para evitar que sua saúde seja comprometida.

Atenção: mesmo que o resultado do seu teste sugira a presença de uma ansiedade exagerada, não tome remédios por conta própria. Isso pode trazer prejuízos à sua saúde. Procure um profissional habilitado, de preferência um psiquiatra ou psicólogo, para ter diagnóstico e tratamento adequados.

Notas

[4](#)* Três semanas depois de relatar sua história para este livro, Felipe conquistou uma vaga em outra empresa.

O problema do álcool e das outras drogas

O uso de drogas, incluindo o álcool, o cigarro e as substâncias ilícitas, é um dos principais problemas de saúde pública, no mundo inteiro. O consumo de todas elas, juntas, está relacionado a 12,6% de todas as mortes mundiais, segundo cálculos da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁴⁵ O hábito de usar drogas em excesso é considerado um tipo de transtorno mental porque essas substâncias atuam no cérebro, provocando alterações no humor, na consciência e no comportamento, e podem causar dependência, comprometendo a saúde, a vida prática e as relações das pessoas que fazem uso delas e dos que estão a sua volta.

Neste capítulo, abordaremos os problemas causados por duas substâncias, especificamente: o álcool, por ser a droga consumida pelo maior número de pessoas*⁵ e também a que mais danos causa à população em geral,⁴⁶ e o *crack*, por ser a droga com maior poder de destruição dos usuários, em termos individuais.⁴⁷

Alcoolismo – o “lubrificante social” pode levar à queda

“Quando olho para o começo da minha história de vida, não vejo nenhum indicativo de que eu viria a enfrentar um problema como o alcoolismo um dia. Na minha família, não existia o hábito de beber. As pessoas só tomavam uma taça de vinho nas grandes comemorações. Eu mesmo, na adolescência, nem achava graça em bebida. Quando muito, tomava um ‘gole de coragem’, com os amigos, antes de convidar as damas para dançar nos bailes. Eu até que fazia sucesso com as meninas – diziam que eu tinha belos olhos, um bom corpo, pois gostava de praticar esportes, e era muito alegre, brincalhão. E acho que sempre fui uma pessoa forte emocionalmente, desde a infância. Pudera: meu pai costumava dizer que eu era a esperança da vida dele. Talvez, por eu ser o caçula de dez filhos, ele tenha sido mais como um avô para mim – pai com açúcar, sabe como

é... Eu me sentia muito querido. Fiquei até ‘topetudo’ por isso. Imagina você ser a esperança do seu herói! Não é pouca coisa... Acho que o que me salvou de virar *playboy* foi uma queda de cavalo que eu sofri, quando tinha 14 anos. Fiquei nove meses com o corpo todo engessado e, não tendo muito o que fazer, passava os dias estudando. Tomei um gosto grande por estudar, a partir daí. E frequentei bons colégios a vida inteira. Minha família tinha uma boa condição financeira. Meu pai era fazendeiro, produtor de café. Apesar dos recursos que tinha, educava a mim e aos meus irmãos com muito rigor nas finanças – ele dizia que o que machuca o homem é a queda de padrão, não a vida modesta.

Então, como se pode ver, não havia um cenário favorável ao alcoolismo na minha vida. Mas eu vivi esse problema. Me dei conta de que tinha me tornado dependente do álcool quando estava com 44 anos, sendo já médico e professor do departamento de psiquiatria de uma das principais faculdades de medicina do país. Acho que foi um processo que se desenvolveu durante duas décadas, sem que eu me desse conta, devido a uma série de conflitos internos. Conflitos que tinham a ver com religião, posições políticas, questões profissionais, conflitos amorosos... E com uma vida atribulada, muito cheia de coisas. Desde os vinte e poucos anos, eu tinha uma vida acadêmica e profissional intensa, que eu conciliava com uma certa atividade política – era a maneira de me opor aos regimes totalitários que vivi no governo do Getúlio Vargas e na ditadura militar. Tudo na minha vida tinha um quê de ir contra os costumes maiores. Acho que tudo isso foi me desajustando sem que eu percebesse. E eu passei a beber. Comecei a beber socialmente com vinte e poucos anos, já na faculdade, e, gradativamente, fui bebendo mais. Com trinta e poucos, passei a chegar em casa de pilequinho com frequência.

Mas o problema com a bebida pegou fogo mesmo, a meu ver, quando eu já estava com 41 anos, na época em que a equipe médica na qual eu trabalhava começou a fazer os primeiros transplantes de coração no Brasil. Isso foi em 1968. Era uma das primeiras tentativas desse tipo de procedimento no mundo também. Eu era o responsável por fazer o diagnóstico da morte cerebral dos doadores dos órgãos. Definir a morte de uma pessoa a partir da perda irreversível das funções cerebrais era uma coisa extremamente nova, um conceito que estava sendo construído pela comunidade médica internacional naquele momento. Até então, prevalecia o entendimento de que a morte só se dava no instante em que o coração parava de bater. Declarar a morte da pessoa antes disso, ou seja, com o coração dela ainda em funcionamento, foi o que possibilitou fazer os transplantes de coração. Uma mudança muito grande na área médica, que

prevalece até hoje. Fui chamado de “juiz da morte”. Havia uma ideia de onipotência estranha nisso. Parecia que eu estava próximo de Deus. Fiquei assustado com essa noção de poder. E comecei a ter uma vaidade um pouco perigosa, coisa que eu nunca tinha sentido antes. Para piorar, todos os primeiros transplantados morreram – não devido à cirurgia, mas em decorrência da rejeição aos órgãos, que, àquela altura, ainda não era um problema resolvido. E não havia lei que nos protegesse dessas questões todas, se alguém resolvesse nos questionar. Embora, cientificamente, nosso trabalho estivesse correto, como o procedimento ainda não estava aprovado, estávamos atuando com o apoio do ministro da Justiça do governo militar. Ou seja, eu estava sendo protegido pela ditadura que eu tanto detestava e combatia. Me senti um canalha. Foi um negócio pesado. Passei a beber mais e mais.

Aos 44 anos, estava bebendo um litro de uísque todos os dias. E comecei a notar que tremia se não bebesse. Precisava tomar uma dose logo pela manhã. Como médico e professor de um departamento de psiquiatria, eu conhecia de perto o problema do alcoolismo e não pude ignorar o fato de que, a essa altura, eu mesmo estava dependente do álcool. Ninguém tinha tido coragem de chegar a mim e dizer isso. Talvez por causa da minha posição profissional... Então, havia muita solidão nessa descoberta.

O ápice dessa história se deu num congresso sobre criminologia, em que fui convidado a dar uma palestra. Sem noção alguma do que estava fazendo, eu saí nu para uma sessão do evento. Até hoje, não tenho memória desse episódio. Pessoas de muita confiança é que me contaram o que houve, depois de me tirar daquela situação. Aí eu pensei: ‘É o fim. A decadência total. Preciso parar de beber’. Chamei um assistente meu da faculdade e disse a ele que tinha decidido parar. Eu sabia que ia sentir tremores e que podia ter alucinações, então lhe disse que tomaria tranquilizantes para amenizar a crise de abstinência e pedi que ele fosse me ver periodicamente. Nos dois ou três primeiros dias sem beber, vi bichos na parede do quarto. Bichinhos um pouco maiores que insetos. Cheguei a ver coelhinhos no chão também. Uma coisa estranha. Você acredita que é de verdade mesmo. Os tremores nas mãos duraram um pouco mais. Mesmo sabendo que tudo isso estava dentro do padrão da crise de abstinência do álcool, fiquei apreensivo, nervoso. Não tinha confiança total de que iria ficar bem. Pensava: ‘Como é que eu vou sair disso?’ Mas, aos poucos, tudo foi voltando ao seu lugar. Fiquei seis meses afastado das aulas e da clínica, me recuperando. Depois disso, nunca mais bebi absolutamente nada. Faz 40 anos que parei de beber e não tenho vontade de tomar um gole sequer de bebida alcoólica. Até sirvo bebida para as

pessoas, sem nenhum problema. E parei com o cigarro também. Se eu não falasse um palavrão de vez em quando, eu diria até que vou para o céu (risos).

Brincadeiras à parte, acho que é importante dizer que a dependência do álcool não se instalou da noite para o dia. Durante quase vinte anos, fui aumentando a quantidade de álcool que eu bebia e, silenciosamente, a dependência foi se instalando. Mas eu não me julgava alcoólatra antes de chegar àquele ponto de precisar beber um litro de uísque todos os dias. Eu não conseguia falar isso para mim mesmo. Talvez eu precisasse me embriagar para não me ouvir. A euforia encobria tudo. E eu estava iludido, achava que tinha controle sobre a bebida. Aliás, a verdade é que não passava pela minha cabeça a ideia de que eu pudesse me tornar alcoólatra. Acontece que não existe *superman*. Eu, que era uma pessoa bem-sucedida, um vencedor, virei alcoólatra! Que raio de vencedor era esse? Não dá para brincar com a bebida. O álcool, como qualquer droga, bate em você. E você tem que acreditar nisso. Se você não acredita, paga para ver e ele te derruba. E, depois de ser derrubado várias vezes, você percebe que não dá para enfrentá-lo mais, porque você sai tremendo, literalmente. Todo o seu mundo bonito vai se perdendo.”

A história de Luis, 84 anos, mostra como as bebidas alcoólicas, capazes de tornar jantares mais românticos, festas mais animadas e um dia estafante de trabalho mais relaxado, podem também ter um lado perverso. Consumido constantemente e em grandes quantidades, durante anos, o álcool pode levar a um estado doentio de dependência – o alcoolismo. O corpo se acostuma de tal maneira ao uso da substância que a pessoa precisa manter um nível mínimo de álcool no organismo para se sentir “normal”, à vontade, e conseguir cumprir suas tarefas e se relacionar com as pessoas – ainda que o faça com falhas e problemas. Do contrário, sem beber, o dependente fica ansioso, angustiado, sente dificuldade para dormir, concentrar-se e pode ter sintomas físicos desagradáveis, como suor excessivo, tremores nas mãos, taquicardia, náusea e, nos casos mais graves, convulsões, alucinações e delírios. E o mais cruel: ele sabe que só mais uma dose trará alívio imediato para todo o mal-estar que lhe aflige. Bastam cinco a dez horas sem consumir nenhuma bebida para que o corpo do dependente comece a manifestar os primeiros sinais de abstinência. Por isso, o alcoolista acaba, muitas vezes, bebendo de forma “preventiva”, ou seja, consome bebidas alcoólicas em intervalos regulares para evitar que os sintomas desagradáveis da abstinência apareçam. Nesse círculo vicioso, o desejo de beber torna-se irresistível, e o número de doses consumidas e a hora de parar fogem ao controle. A saúde se deteriora, o desempenho

profissional fica prejudicado, a família reclama que não aguenta mais e os amigos se afastam. Todos os aspectos da vida do alcoolista vão perdendo os contornos definidos, ficam borrados. Em foco, só resta a bebida, a única coisa que ainda traz satisfação e prazer. É aí que o álcool, chamado “lubrificante social”, rouba a cena. Assume o comando da vida das pessoas e lhes dá uma queda.

A triste realidade do alcoolismo faz parte da vida de 9% dos brasileiros com 18 anos ou mais de idade, em todas as classes sociais e graus de instrução.⁴⁸ São 12 milhões de pessoas,^{6*} no Brasil, a sofrer as consequências desse problema, que é considerado pelos médicos uma doença crônica – uma vez identificada, precisa de tratamento e deve ser controlada por toda a vida. O quadro é grave não apenas no Brasil. O álcool é a droga mais consumida em todo o mundo – quase 40% da população mundial acima de 15 anos de idade bebe, em graus que variam do uso social ao consumo problemático.⁴⁹ E, embora seja amplamente consumido e socialmente bem aceito, o álcool causa enorme impacto na saúde das pessoas: figura em terceiro lugar entre todos os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e incapacidades e é uma das principais causas de mortalidade.⁵⁰ Cerca de 4% de todas as mortes no mundo são decorrentes do uso indevido de bebidas alcoólicas, associado a acidentes, cânceres de diversos tipos, cirrose hepática, doenças cardiovasculares, transtornos psiquiátricos e episódios de violência.⁵¹ O problema é bem maior na população masculina. Entre eles, o álcool é responsável por 6% de todas as mortes; entre elas, responde apenas por 1%.⁵² De cada quatro homens que fazem uso de álcool, um se torna dependente dele. Entre as mulheres, a proporção é de uma entre dez.⁵³

Os fatores que levam ao alcoolismo são diversos e atuam em conjunto para desencadear a doença. Tem papel fundamental, por exemplo, a maneira como o corpo de cada pessoa processa a molécula do álcool – quanto mais agradável for a reação do organismo à substância, maiores as chances de uma pessoa se tornar dependente. O reverso da moeda é verdadeiro: aqueles que têm sensações desagradáveis quando bebem têm menos chances de se tornar alcoolistas. É o caso de alguns orientais, que, depois de uma dose de uísque ou uma taça de vinho, ficam com o rosto vermelho, sentem dor de cabeça e náusea. No organismo deles, há defeito numa enzima – a ALDH, aldeído desidrogenase – que ajuda a metabolizar o álcool, por isso eles não têm uma relação prazerosa com a bebida.

O modo como as bebidas alcoólicas são processadas no organismo sofre influência da genética. Por isso, se há casos de alcoolismo na família, é

preciso ficar especialmente atento aos riscos de desenvolver a dependência. Não que genética seja destino – para que os genes preditores da dependência possam entrar em ação, é preciso que a pessoa desenvolva o hábito de beber. Se ela nunca experimentar bebidas alcoólicas, não terá a doença, claro, ainda que possua uma genética favorável a desenvolvê-la. Por outro lado, não ter histórico de problemas com o álcool na família não significa que a pessoa está imune ao alcoolismo. Há uma série de outros elementos que favorecem o desenvolvimento da dependência alcoólica, além da predisposição genética. Aos genes, especificamente, cabe uma contribuição da ordem de 20% a 40% no risco de desenvolver a doença.

Há também fatores comportamentais, psicológicos e sociais associados à dependência do álcool. As bebidas alcoólicas podem servir de muleta para lidar com diversas dificuldades – baixa autoestima, timidez, conflitos familiares, desamparo afetivo, expectativas altas e irrealistas por parte da família, dificuldade de comunicação em casa, rejeição por parte dos colegas, baixo desempenho escolar, ambientes violentos e condições de vida precárias estão entre os principais fatores de risco identificados pelos especialistas. Indivíduos com esses problemas são mais vulneráveis a usar os efeitos prazerosos do álcool como válvula de escape e também mais propensos a se apoiar na facilidade de socialização proporcionada pela bebida. Gente de personalidade ansiosa, impulsiva, desafiadora e muito curiosa, com grande necessidade de experimentar novas sensações, também tem mais chances de consumir bebidas alcoólicas de maneira exagerada, desde cedo. Somam-se ainda aos fatores de risco para o alcoolismo os problemas emocionais e os transtornos psiquiátricos graves – pessoas deprimidas e portadores de distúrbio bipolar, transtorno de personalidade *borderline* ou esquizofrenia tendem a usar o álcool como “remédios ruins” para suas aflições psíquicas.

O acesso facilitado às bebidas alcoólicas e ambientes tolerantes ao seu consumo ajudam a compor um cenário favorável ao desenvolvimento da dependência. Em redes de amigos que aprovam ou compartilham o consumo de álcool e nas famílias onde beber é um hábito, o uso problemático de bebidas é mais frequente. O ambiente familiar, em especial, tem grande influência na forma como uma pessoa irá desenvolver sua relação com o consumo de bebidas alcoólicas: pais que fazem uma vigilância mais frouxa em relação à bebida e às drogas e que não estabelecem regras claras de conduta, lares onde os vínculos de apego são fracos e famílias em que há muitos problemas de diálogo e relacionamento constituem um importante fator de risco para o uso nocivo e a dependência de álcool.

Quem começa a beber muito precocemente também tem mais chances de perder o controle sobre a bebida do que aqueles que cultivam esse hábito mais tarde. Um estudo intitulado *Uso e abuso de álcool*, conduzido pela Escola de Medicina da Universidade Harvard, nos Estados Unidos, recentemente publicado, identificou que, dos adultos que deram os primeiros goles aos 14 anos ou menos, 16% passaram depois à categoria de dependentes ou abusadores de álcool. Entre aqueles que começaram a beber após os 21 anos, esse índice é de apenas 2%.⁵⁴ Do ponto de vista biológico, isso acontece porque o cérebro dos adolescentes ainda está em formação, o que os torna mais suscetíveis aos efeitos das substâncias psicoativas. Ocorre o seguinte: se o cérebro em intenso processo de transformação química recebe estímulos constantes de álcool ou qualquer outra droga, tende a ser programado de forma a se satisfazer mais com o prazer rápido e intenso dessas substâncias e a deixar de desenvolver mecanismos para obter prazer nas relações pessoais, na leitura, na música, no cinema, nos esportes, no trabalho e em outras atividades que fazem parte do repertório de satisfação da maioria das pessoas. Além disso, há aspectos comportamentais envolvidos: quem se inicia muito cedo em rituais etílicos tende a dedicar menos tempo a desenvolver outras áreas da vida – esportes, estudos, artes, etc. – acumulando menos conquistas e valores a que se apegar para se proteger do alcoolismo. E falta-lhe, claro, maturidade para entender tudo isso.

O mecanismo da dependência se estabelece, biologicamente, porque as bebidas alcoólicas – como qualquer outra droga, lícita ou ilícita – têm uma ação intensa sobre o núcleo de prazer do cérebro, o chamado sistema de recompensa. A função primordial desse sistema é estimular comportamentos necessários à manutenção da vida e da espécie. Por isso, comer, matar a sede, ter relações sexuais, dar e receber carinho são comportamentos que ativam o sistema de recompensa, que, por sua vez, responde com sensações de prazer e satisfação e faz com que as pessoas queiram repetir essas experiências. No caso das drogas, inclusive o álcool, a ativação do sistema de recompensa se dá de maneira bastante intensa e rápida, tornando-se a via preferencial de obtenção de satisfação do cérebro, em detrimento de outras fontes de recompensa, como o sexo ou a comida, que proporcionam um prazer menos vigoroso, ou as relações pessoais e o trabalho, que requerem mais esforço e envolvem algum grau de frustração, em certos momentos. Ou seja, a droga corrompe os mecanismos de obtenção de prazer do ser humano. Quanto mais frequente e intenso o uso de álcool e outras drogas, menor é a motivação que uma pessoa tem para buscar recompensas em outras atividades. E, no círculo vicioso que se cria,

maior a quantidade de álcool ou outras drogas que a pessoa precisa consumir para obter o mesmo grau de satisfação.

O caminho até a dependência pode ser mais longo ou mais curto, dependendo do tipo de aditivo utilizado e de sua ação no organismo. Quanto mais imediato, intenso e fugaz é o efeito da droga, mais rapidamente se instala a dependência. No caso do *crack*, que chega ao cérebro em apenas cinco segundos, tem efeito até dez vezes mais forte que o da cocaína em pó (“cheirada”) e cuja ação dura de quatro a dez minutos apenas, a dependência costuma se instalar em poucas semanas. Já no caso do álcool, esse processo leva anos, às vezes, mais de uma década. Porém, quando o alcoolismo se instala, lidar com ele pode ser tão ou mais difícil que se recuperar da dependência de outras drogas. “O álcool está em todos os lugares. É vendido em qualquer supermercado, restaurante ou posto de conveniência. Então, é bastante difícil se manter longe dele – e ficar longe das bebidas é fundamental para quem chegou ao alcoolismo. Já as drogas ilícitas não ficam tão socialmente expostas. Se a pessoa muda o estilo de vida e passa a frequentar outros lugares e ver outras pessoas, fica mais fácil fugir delas”, pondera Thiago Porto Machado, ex-usuário de drogas que está sóbrio desde 2002 e trabalha como orientador de uma comunidade terapêutica voltada para o tratamento da dependência química, a Fazenda do Senhor Jesus, em Araxá (MG), desde 2003. Além de o álcool ser uma droga consumida e tolerada pela maior parte da população, os benefícios de seu uso moderado para a saúde do coração e a longevidade são propalados aos quatro ventos. Manter-se abstinência, nesse contexto, é um enorme desafio.

A publicidade pesada em torno das bebidas alcoólicas também não ajuda quem precisa ficar longe delas. No Brasil, as propagandas se concentram em torno da cerveja, preferência nacional disparada, consumida por 61% dos bebedores brasileiros.⁵⁵ O estilo de vida *cool* associado a homens e mulheres jovens, com belos corpos bronzeados e saudáveis, sempre festejando com latas de cerveja na mão, em comerciais de TV, jornal, revista e em *outdoors* espalhados pelas cidades, ajudam a reforçar o desejo de tomar uma cerveja bem gelada nos momentos de lazer. Para se ter uma ideia, só a Ambev, empresa líder no mercado brasileiro de cervejas e quarta maior cervejaria do mundo, investiu 1,3 bilhão em publicidade, em 2011, posicionando-se em terceiro lugar no ranking dos maiores anunciantes do país, segundo medição do Ibope Monitor, braço do instituto de pesquisa que avalia o investimento em propaganda no Brasil.⁵⁶ A discussão sobre o grau de influência da publicidade no comportamento das pessoas é sempre controversa, mas um estudo publicado, em 2006, pela

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

revista *Archives of Pediatrics & Adolescents Medicine*, da Associação Médica Americana, especializada em saúde infantojuvenil, mostrou que os jovens bebem mais quando estão sob influência da publicidade de bebidas alcoólicas. Durante dois anos, pesquisadores da Universidade de Connecticut, associados a outros grupos de estudo dos Estados Unidos, acompanharam 1.872 jovens entre 15 e 26 anos. Durante esse período, verificaram a frequência e a intensidade com que os participantes da pesquisa consumiram bebidas alcoólicas e a quantidade de vezes que viram anúncios de cervejas, destilados e *drinks* na TV, no rádio, em revistas e em *outdoors*. Colheram ainda dados sobre a verba publicitária investida nos locais onde os jovens moravam. Comparados os dados, os pesquisadores chegaram a duas conclusões objetivas: 1) para cada anúncio visto, os adolescentes e jovens consumiram 1% mais de bebidas alcoólicas; 2) para cada dólar adicionado aos gastos com publicidade de bebidas alcoólicas, nos mercados onde os jovens moravam, o consumo de álcool aumentou 3% entre eles. “Jovens que viviam em mercados com maior publicidade de álcool beberam mais, aumentaram os níveis de consumo de álcool ao longo do tempo e seguiram aumentando a quantidade de bebida até os 20 e tantos anos. Já os jovens que viviam em mercados com menos publicidade de álcool beberam menos e mostraram um padrão de consumo de álcool com crescimento modesto somente até os 20 e poucos anos, quando os níveis de ingestão de bebidas começaram a cair”, escreveram os autores. Conclusão geral do estudo: “A publicidade de álcool contribui para o aumento do hábito de beber entre jovens”.⁵⁷

Não há uma quantidade exata de bebida considerada segura para todos, uma vez que a reação ao álcool é bastante individualizada, de acordo com a idade, o sexo, a estrutura corporal, a ingestão de comida antes e durante o consumo de bebidas, o ritmo em que a pessoa bebe, o histórico familiar de problemas com o álcool, entre outras variáveis. O consenso entre os médicos é que uma relação saudável com o álcool se dá quando a pessoa consome bebidas alcoólicas em determinada frequência e quantidade que não cause prejuízos no trabalho, nas relações familiares, nas amizades, na vida sexual, no desempenho físico, no bem-estar e na saúde da pessoa e em suas motivações para a vida. Para saber se a sua relação com o álcool anda saudável, é útil se fazer alguns questionamentos a esse respeito. A página do Ministério da Saúde na internet traz um breve questionário que serve de parâmetro para as pessoas identificarem possíveis problemas com o álcool. Trata-se do questionário CAGE (acrônimo resultante das palavras-chave das perguntas, em inglês), que costuma ser utilizado em hospitais de pronto-socorro como um primeiro funil para avaliar as

possibilidades de uma pessoa ter problemas de abuso ou dependência do álcool. Obviamente, avaliações posteriores mais detalhadas são necessárias, mas duas respostas positivas ao questionário sugerem a necessidade de procurar orientação especializada.

- Você já sentiu que deveria diminuir a bebida?
- As pessoas já o irritaram quando criticaram sua bebida?
- Você já se sentiu mal ou culpado a respeito de sua bebida?
- Você já tomou bebida alcoólica pela manhã para “aquecer” os nervos ou para se livrar de uma ressaca?

Outros questionamentos mais específicos também podem ser úteis. Seguem algumas sugestões de perguntas elaboradas com base no que os médicos especializados no tratamento do alcoolismo afirmam serem situações recorrentes entre aqueles que consomem bebidas alcoólicas de maneira nociva:

- Você, com frequência, rende menos no trabalho, pede adiamento de prazos para cumprir tarefas ou falta ao expediente porque está de ressaca?
- Seu marido, sua esposa ou seus pais reclamam que você fica diferente quando bebe – antissocial ou sociável demais, por exemplo?
- Você tem dificuldades de se divertir em uma festa sem beber? Deixa de ir a um evento social se estiver tomando antibióticos e não puder consumir bebidas alcoólicas?
- É comum você se esquecer de coisas que fez porque exagerou na bebida?
- Com frequência, você deixa de ter relações sexuais ou as tem de forma insatisfatória por que bebeu demais?
- Você percebe que engordou ou se sente inchado por causa da bebida, nos últimos tempos?
- Você dirige alcoolizado? Já sofreu algum acidente, mesmo que leve, por causa disso?

Não se trata aqui de fazer autodiagnóstico. No entanto, se a sua resposta
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

foi “sim” a várias dessas questões, é recomendável que você procure um médico, psicólogo ou outro profissional especializado para se orientar sobre a sua relação com a bebida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) oferece uma referência de consumo moderado, que costuma servir para a maioria das pessoas: aos homens, recomenda-se o limite de duas doses de bebida por dia e às mulheres, uma dose diária (uma dose equivale a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose padrão de destilado). A organização sugere ainda que a pessoa se abstenha de bebidas alcoólicas em pelo menos dois dias da semana. As recomendações da OMS valem para aqueles que ainda mantêm uma relação saudável com o álcool, claro. Aos que dobraram a curva do alcoolismo, repita-se, a dose segura é zero. E, para os que gostam de se valer da matemática para torturar os dados e se enquadrar na recomendação, saiba, desde já, que não vale pegar o consumo da semana e calcular uma média de ingestão diária de bebidas. O ideal é beber um pouquinho por dia e não tudo num dia só, ainda que a quantidade total seja a mesma.

Beber de maneira pesada – grandes quantidades, em pouco tempo, numa mesma ocasião – muitas vezes não configura alcoolismo, mas é um comportamento que preocupa os médicos tanto quanto a dependência. A esse padrão de consumo que, popularmente, chama-se “tomar um porre”, os especialistas dão o nome de *binge drinking*. Tecnicamente, é definido como a ingestão de quatro doses de bebida ou mais, num curto espaço de tempo (cerca de duas horas), no caso das mulheres, ou cinco ou mais doses, no mesmo período, no caso dos homens. No Brasil, 28% da população adulta bebe dessa maneira nociva. E pior: desses, 22% bebem assim pelo menos uma vez por semana. Na população que bebe (52% dos brasileiros), o comportamento de beber em *binge* (28%) é mais comum que o de beber moderadamente (24%). Os dados são do *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*, publicado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em 2007. A partir dos resultados obtidos, o documento conclui: “Este resumo afasta a visão simplista de que ‘todo mundo bebe um pouco’. Metade da população não bebe; dos bebedores, a metade bebe com padrão perigoso e somente a outra metade bebe com um padrão relativamente seguro”.⁵⁸ O hábito de beber em *binge* preocupa os médicos porque está intimamente associado a acidentes – batidas de carro, quedas, atropelamentos, afogamentos – e violência – assassinatos, roubos, brigas em festas, violência doméstica e sexual.

Os acidentes de trânsito figuram entre as dez principais causas de todas

as mortes ocorridas anualmente no Brasil e no mundo.⁵⁹ Calcula-se que pelo menos 20% das mortes em acidentes de trânsito estejam relacionadas ao consumo excessivo de álcool.⁶⁰ Em alguns países, essa proporção chega a 50%.⁶¹ No Brasil, apesar de o comportamento de dirigir embriagado ser considerado crime, um quarto dos homens e 5% das mulheres costumam dirigir alcoolizados, segundo o levantamento da SENAD.⁶² Boa parte deles, provavelmente, não sabe que a destreza, o reflexo, a visão periférica e outras habilidades exigidas na condução de um veículo são prejudicados muito antes de surgirem os sinais físicos da embriaguez. O risco de acidentes já aumenta após a ingestão de uma única dose de bebida, dobra após a segunda e, na quinta dose, eleva esse risco em até dez vezes.

O aumento do número de mortos em acidentes de trânsito na última década – de 29.000 pessoas, em 2000, para 40.000, em 2010⁶³ – tem estimulado o governo brasileiro a aumentar o rigor da legislação referente ao hábito de dirigir depois de beber. O governo endureceu as regras, em 2008, com a criação da chamada Lei Seca. Até aquele ano, o Código de Trânsito Brasileiro estabelecia que a concentração máxima de álcool no sangue permitida aos motoristas era de 0,6 grama de álcool por litro de sangue (g/L), o equivalente a duas latas de cerveja, duas taças de vinho ou duas doses de uísque.^{7*} A Lei Seca de 2008 reduziu esse parâmetro para zero, com tolerância até 0,2 g/L, índice atingido com menos de uma dose de qualquer bebida alcoólica. E a punição com prisão, antes prevista somente para aqueles que fossem flagrados em situação de ameaça à própria vida e à vida dos outros (ultrapassando o sinal vermelho, por exemplo), estendeu-se a todos aqueles que apresentassem concentração de álcool no sangue superior a 0,6 g/L (em níveis intermediários de alcoolemia, de 0,21 g/L e 0,59 g/L, foram mantidas punições administrativas, como multa e suspensão do direito de dirigir). Em 2011, o governo propôs um projeto de lei que pretende apertar ainda mais o cerco contra os motoristas que costumam beber antes de partir para a direção perigosa. A lei em tramitação quer tornar crime o ato de dirigir sob efeito de qualquer quantidade de álcool, inclusive em níveis abaixo de 0,6 g/L, até agora tolerados. Ou seja, muitos infratores, antes punidos com medidas administrativas, poderão ir para a cadeia, caso o projeto de lei seja aprovado.^{8*}

Por ter consequências sérias, como as mortes no trânsito, o *binge drinking* resulta em custos sociais e de saúde até maiores do que o uso contínuo e dependente de álcool, em quase todos os países onde esse fenômeno foi estudado. Diz o psiquiatra Arthur Guerra de Andrade, *****ebook converter DEMO Watermarks*****

professor do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP): “Beber em *binge* é um problema de saúde pública tanto quanto o alcoolismo. Preocupa muito a nós, médicos, porque, apesar de ter consequências graves, é tido como um comportamento normal, típico dos jovens”. Além disso, beber de forma abusiva, mesmo que seja só aos fins de semana (a princípio), pode ser um atalho perigoso para o alcoolismo.

O quadro a seguir traz os critérios estabelecidos pelos manuais de psiquiatria para a identificação da dependência (alcoolismo) e do abuso de álcool (inclusive aí o comportamento de beber em *binge*). Os parâmetros valem também para o diagnóstico de abuso e dependência de qualquer outra droga.

Crêterios de dependência:

O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes itens foram experimentados ou manifestados no ano anterior:

1. Um desejo forte de beber (sens  o de compulsão por bebidas alcoólicas).
2. Dificuldade em saber a hora de parar, quando é apropriado começar e o quanto beber.
3. Síntomas de abstinência (tremores, suor, náusea, irritabilidade, sens  o de desconforto) quando o uso do álcool é interrompido ou reduzido; ou uso da substância com a intenção de aliviar ou evitar os síntomas de abstinência.
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de bebidas alcoólicas são necessárias para alcançar os mesmos efeitos produzidos por doses mais baixas.
5. Abandono progressivo de prazeres, atividades ou interesses em favor do uso do álcool e aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou consumir a substância ou para se recuperar de seus efeitos.
6. Continuação do uso de bebidas alcoólicas, mesmo quando há evidência clara de danos, tais como lesões no fígado por consumo excessivo de álcool, estados de humor depressivos em função do consumo excessivo da substância ou comprometimento de funções cognitivas (atenção, memória, julgamento das situações, etc.) relacionado ao hábito de beber.

Crítérios de abuso:

1. Uso recorrente da substância, resultando em fracasso no cumprimento de obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa (ex.: repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional; ausências, suspensões ou expulsões da escola; negligência com os filhos ou com os afazeres domésticos).
2. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo físico (por exemplo, dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância).
3. Problemas legais recorrentes relacionados às bebidas alcoólicas (ex.: detenções por conduta desordeira relacionada à substância).
4. Uso continuado do álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais decorrentes da bebida ou agravados por ela (por exemplo, discussões com o cônjuge sob efeito da substância ou agressões físicas).

Fontes: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da Organização Mundial da Saúde, e DSM-IV (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 4ª edição), da Associação Americana de Psiquiatria.

Uma vez que a dependência se instala, só existe uma forma de controlar o problema: a abstinência. Parar de beber. Para sempre. Sem meios-termos. O alcoolista precisa raciocinar como uma pessoa que tem alergia – a única maneira de evitar uma nova crise é manter distância do fator desencadeante. O primeiro passo do tratamento é a desintoxicação. Funciona assim: o dependente interrompe o hábito de beber de uma vez, para que seu organismo passe por uma espécie de limpeza, depois de tanto tempo recebendo altas doses de álcool, uma substância tóxica ao organismo. Nesse processo abrupto de mudança de hábito, o corpo costuma reclamar, entrando na chamada síndrome de abstinência, descrita no começo do capítulo – a pessoa fica ansiosa, irritada, tensa, a pressão arterial aumenta, ela sente tremores nas mãos, suor excessivo e pode chegar a ter convulsões, alucinações e delírios. Nos quadros mais graves de abstinência, com sintomas físicos muito intensos, o processo de

desintoxicação costuma ser feito sob internação, durante uma a duas semanas. O uso de tranquilizantes ajuda a amenizar os sintomas desagradáveis nessa fase (geralmente, são utilizados calmantes do grupo dos benzodiazepínicos). Se a síndrome de abstinência é mais amena e o paciente consegue se manter longe da bebida sem se internar, a desintoxicação pode ser feita ambulatorialmente – o paciente fica em casa, sob supervisão da família, e é acompanhado a distância pelo médico. “Mas costuma funcionar melhor sob internação”, pondera Arthur Guerra. Nesse primeiro momento, além de iniciar o combate à dependência, o médico vai também identificar e cuidar dos danos à saúde física e mental causados pelo consumo abusivo de álcool. Há cerca de sessenta doenças diretamente relacionadas ao uso crônico e exagerado de bebidas alcoólicas: gastrite, hepatite, cirrose, diabetes, hipertensão, derrame, arritmias cardíacas, impotência sexual, cânceres, problemas de concentração, memória e demências como o Alzheimer.

Depois da fase de desintoxicação, segue-se a etapa da manutenção da abstinência. Esse é um processo que vai durar a vida inteira e exigirá um esforço constante, que precisará ser incorporado à vida da pessoa. Mas o princípio dessa fase pode ser feito ainda sob internação, durante 15 dias a um mês, envolvendo psicoterapia, orientação da família e medicamentos. Os remédios mais usados nessa etapa são a naltrexona, que ajuda a diminuir a vontade de beber, ao atenuar os efeitos prazerosos do álcool no organismo; o dissulfiram, que tem ação aversiva ao álcool, causando reações desagradáveis, como ânsia de vômito e vermelhidão no rosto, caso a pessoa beba na vigência do medicamento; o topiramato, um anticonvulsivante que, além de diminuir os efeitos prazerosos do álcool, atenua alguns sintomas da abstinência; antidepressivos, caso a pessoa sofra alterações de humor no processo de largar a bebida; e tranquilizantes para controlar a ansiedade. Os remédios continuam sendo usados após a internação, por longos períodos – três a seis meses, pelo menos.

Em termos de psicoterapia, a linha cognitivo-comportamental costuma ser útil para modificar padrões de pensamento automático e comportamentos nocivos associados ao consumo de álcool – por exemplo, desconstruir a ideia de que a pessoa só consegue dormir ou interagir socialmente se beber. Seguindo o modelo teórico da terapia cognitiva, é possível fazer um trabalho específico de prevenção de recaídas, em que o sujeito aprende a reconhecer situações, pensamentos, estados emocionais e comportamentos que o levam a ter vontade de beber, para, então, desenvolver maneiras de evitá-las. Por meio dessa técnica, é possível explicitar a cadeia de decisões que levam à recaída, incluindo aí todos os

detalhes que possam parecer irrelevantes, conforme explica o livro *Clínica psiquiátrica*, do Departamento de Psiquiatria da USP: “Por exemplo, o terapeuta e o cliente descobrem que ‘brigar com o chefe’ é um fator de risco para a recaída, porém, também percebem que, no dia da recaída, o cliente tomou diversas decisões no trabalho que ‘levaram’ à briga com o chefe. Logo, a recaída ocorreu muito antes da briga com o chefe e do uso da substância”.⁶⁴ O acompanhamento médico e psicológico costuma durar, no mínimo, um ano. Ou seja, o tratamento continua após a internação, durante bastante tempo.

Após a primeira tentativa de parar de beber, a recaída é a regra, não a exceção. Cerca de 70% dos dependentes de álcool e outras drogas recaem nos três primeiros meses de abstinência – por isso, considerado o período mais crítico da recuperação. “É preciso conversar sobre isso com o paciente, caso ele tenha uma recaída, para que não volte à estaca zero. Ele precisa retomar o tratamento de onde parou. A família também precisa estar ciente, para não desanimar e desistir de apoiá-lo”, explica o psiquiatra Arthur Guerra. “Até os profissionais precisam ser preparados para lidar com isso – à minha equipe, explico que a recaída faz parte do quadro clínico, ainda que todos torçam pela rápida recuperação do paciente”, completa.

Guerra explica que há uma combinação de fatores que definem o sucesso do tratamento: em primeiro lugar, o paciente precisa entender – e, mais importante, aceitar – que tem uma doença e que a única maneira conhecida de controlá-la é a abstinência. Se ele não aceita essas duas ideias, acaba achando que pode beber moderadamente – e, fatalmente, recai, após os primeiros goles. Segundo: a pessoa que está buscando manter a abstinência precisa preencher os dias com atividades de estudo, trabalho e lazer – a ociosidade aumenta as chances de recaída consideravelmente. Terceiro: um bom suporte social e familiar é fundamental – amigos e parentes precisam entender que o dependente não pode mais beber e vão ajudá-lo a perseguir esse objetivo. Jamais vão sugerir ao alcoolista tomar “apenas um golinho” para aliviar a tensão ou comemorar algo, mesmo após longos períodos de abstinência. Se todos esses fatores estão presentes, as chances de recuperação ficam na casa dos 70%. Se não estão presentes, a taxa de sucesso do tratamento cai para 25% a 30%.

A fase mais longa do tratamento é reconstruir a vida que ficou para trás, por causa da bebida. Refazer a vida profissional e as relações afetivas, retomar os estudos e recuperar a saúde é algo que pode levar anos e precisa ser cultivado para o resto da vida, para evitar recaídas. Até que o

alcoolista consiga conquistar uma estabilidade nessas diversas áreas e volte a obter prazer com essas atividades, precisa ficar longe dos antigos hábitos, lugares e pessoas que estavam associados ao consumo de bebidas alcoólicas. O *happy hour* com a turma do trabalho, as baladas, o churrasco regado a cerveja, o vinho na mesa de jantar, tudo isso precisa ficar de lado, até que a pessoa preencha a vida com outras fontes de prazer e se sinta segura para conviver com a bebida – sem consumi-la. Para alguns, essa convivência se torna possível pouco tempo após o começo da abstinência; para outros, nunca será viável. Ajuda muito, na manutenção mais prolongada da abstinência, a participação em grupos de autoajuda nos moldes dos Alcoólicos Anônimos e em comunidades religiosas de apoio, se a espiritualidade é parte da vida da pessoa.

Com a vida estabilizada, a proposta é viver cada dia de uma vez, como costumam dizer as pessoas que se recuperaram do alcoolismo. E levar a vida “normal” que tanto buscam – sem mais “tin-tins”.

Crack – do estalo da pedra à ruptura na vida

O álcool é tido como prioridade, quando se fala do assunto das drogas em dimensão de saúde pública, porque é a substância consumida pelo maior número de pessoas e a que mais danos causa à sociedade. Sendo a “droga de batismo” para a maioria, ou seja, a primeira a ser consumida na vida, será também, para alguns, a que suspenderá a porta da censura para o uso de outras substâncias, como a maconha, a cocaína e o *crack*, capazes de causar dependência e danos de toda sorte. Mesmo a maconha, tida como uma droga “leve”, aumenta consideravelmente o risco de desenvolver depressões e psicoses, quando consumida regularmente na adolescência. E jovens que fumam maconha constantemente, desde cedo, têm menos diplomas, menos empregos e estão menos satisfeitos com seus relacionamentos e a própria vida, no início da vida adulta.^{9*65} Ou seja, também pelos prejuízos indiretos, muitos especialistas entendem que é importante tentar postergar a idade em que o jovem começa a beber – tal medida ajudaria a evitar não apenas o alcoolismo no futuro, mas também a dependência de outras drogas.

Nos últimos anos, no entanto, o *crack* vem dividindo com o álcool o lugar de prioridade nas preocupações dos que atuam no combate ao abuso e à dependência de drogas. Na população brasileira, aproximadamente 1,3 milhão de pessoas, entre adultos e adolescentes, já usou *crack* pelo menos uma vez na vida. Isso corresponde a 0,7% da população.⁶⁶ Parece pouco, quando comparado à magnitude do uso de bebidas alcoólicas, consumidas

regularmente por metade da população e usadas de forma nociva por um quarto dela. Mas, em se tratando de uma droga poderosa como o *crack*, pode-se considerar que, para a maior parte desse 1,3 milhão de indivíduos, o uso não se restringiu a uma só experiência na vida. Nem se manteve na esfera do uso recreativo, ocasional. Certamente, a maioria deles teve a vida dominada por essa droga. Estudos indicam que pelo menos seis de cada dez usuários de *crack* tornam-se dependentes da substância.⁶⁷ Num cenário como esse, preocupa o fato de que a proporção de usuários vem crescendo no Brasil. Em 2001, quando o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), realizou o primeiro levantamento nacional sobre o uso de drogas no país, a prevalência do uso de *crack* na população era de 0,4% – quase metade dos 0,7% demonstrados no último levantamento, em 2005. Hoje, o *crack* está presente em 90% dos municípios do país, inclusive naqueles com menos de 20.000 habitantes, segundo verificou a Confederação Nacional dos Municípios Brasileiros, que, em 2011, entrevistou a esse respeito os secretários da saúde de 4.430 municípios do Brasil.⁶⁸

O *crack* nada mais é que uma versão mais poderosa da cocaína. Ele é feito a partir da mistura da pasta-base de coca (ou da cocaína já refinada) com bicarbonato de sódio, amônia e água, substâncias que tornam a droga volátil, em condição de ser fumada.⁶⁹ É produzido na forma de pedras, que, aquecidas a 95 graus Celsius, em cachimbos, latas ou tubos de PVC, exalam uma fumaça rica em cloridrato de cocaína – o princípio ativo da droga –, de cheiro doce e “gosto indescritivelmente bom”, como (in)definem os usuários. O nome da droga tem origem no ruído crepitante produzido, quando a pedra é aquecida para ser fumada – *crack*, em inglês, significa “estalo”. (Não) por acaso, *crack* também tem o sentido de “quebra”, “ruptura” – o que reflete bem o efeito da droga na vida da maioria das pessoas que fazem uso dela.

O risco de desenvolver dependência do *crack* é duas vezes maior que o risco de se viciar na cocaína em pó.⁷⁰ A maior potência do *crack* não se deve a diferenças de composição – já que a substância ativa é a mesma, o cloridrato de cocaína. É sobretudo a diferença na forma de consumi-las que as distingue, em termos da intensidade do efeito e da capacidade de levar à dependência. A cocaína em pó é absorvida pela mucosa do nariz, que tem uma área de apenas cinco a dez centímetros quadrados e está sujeita a vasoconstrições, por causa do efeito da própria droga – depois que a pessoa “cheira” duas ou três vezes, a capacidade de absorção da

mucosa nasal é diminuída e o efeito da cocaína, reduzido. Já a fumaça do *crack* é absorvida pela ampla superfície dos pulmões, cuja área equivale à de uma quadra de tênis, se esticada, e funciona com muita eficiência, porque tem de garantir, na respiração, as trocas gasosas fundamentais à vida.

Uma vez inalada, a fumaça do *crack* causa um bem-estar intenso. O usuário fica eufórico, hiperativo, tem a sensibilidade aguçada para barulhos e movimentos, perde a sensação de cansaço e o apetite. Marcelo, 22 anos, dependente de *crack* desde os 17,^{10*} descreve sua experiência com a droga: “Teve uma época da minha vida que, para sustentar o meu vício, trabalhei como escolta para traficantes, num morro, em Vitória (ES). O meu papel era proteger os caras que vendiam a droga. Se eu, lá no pé do morro, visse ou ouvisse a polícia chegando, tinha que subir os becos correndo e assoviando, pra avisar que os ‘homem’ tavam subindo. Além de trabalhar na escolta, eu também buscava droga pros *playboy* que não queriam subir o morro pra comprar. Geralmente, eles paravam o carro, me davam R\$ 50 e falavam: ‘Busca dois ‘pó’[cocaína] de 20 [reais] e fica com 10 [reais] pra você’. Aí eu buscava o ‘pó’ pra eles e comprava mais uma ‘pedra’ pra mim. Então, toda hora eu subia e descia o morro. Sob efeito do *crack*, nem cansava. E ficava com o ouvido supersensível: escutava até o barulho da formiga no chão. Via as coisas longe. Ficava muito alerta e ágil. Os caras [os traficantes] até falavam: ‘O magrinho é atividade, coloca ele amanhã’. Eu recebia R\$ 80 por dia pra ser escolta. Nem pegava meu pagamento em dinheiro, já trocava em ‘pedra’ – as de 10 reais, que eram maiores. Antes de experimentar o *crack*, eu fazia coisas de mais responsabilidade para os traficantes, tipo esconder drogas e armas em casa, mas, depois que me viciiei em pedra, tive que fazer escolta, porque perdi a moral com eles”.

Com o tempo de uso, aos efeitos agradáveis proporcionados pelo *crack* vão se juntando os efeitos ruins. Em algum momento, depois de horas ou dias – dependendo do grau de tolerância e dependência da pessoa –, a dinâmica de usar uma “pedra” depois da outra para repetir o efeito rápido e intenso da droga se esgota. E aí o sujeito se sente exausto, deprimido, inquieto, irritado e agressivo. É comum também desenvolver a paranoia – daí os usuários serem popularmente chamados de “noia”. Sob efeito da droga, eles têm delírios de perseguição – fecham as janelas do lugar onde estão consumindo o *crack* para se proteger de alguém que acreditam estar atrás deles, procuram inimigos escondidos atrás das portas e caminham olhando para os lados. É comum ainda terem alucinações – alguns, manifestando o medo de serem pegos pela polícia, ouvem inexistentes

sirenes de viaturas policiais logo depois de dar a primeira tragada. No médio e no longo prazo, os danos físicos também aparecem. Vão desde queimaduras e bolhas nos dedos, degeneração muscular – que, somada à redução de apetite causada pela droga, confere aparência esquelética ao usuário frequente –, dores no peito, febre e tosse seca com eliminação de sangue, podendo chegar a arritmias cardíacas, derrames, infartos, convulsões, bronquite, edemas pulmonares e destruição e alteração das células cerebrais, o que pode causar problemas de memória, crises de pânico e depressão, aumentando, assim, os riscos de suicídio.

Fora os danos físicos e psíquicos, as relações com a família, os amigos e a sociedade se deterioram completamente. O roteiro é conhecido: uma vez que a dependência se estabelece, a família começa a desconfiar de que algo está errado, pois o usuário de *crack* some de casa constantemente sem dar explicações, perde interesse pelos estudos, começa a faltar com frequência ao trabalho, afasta-se de alguns amigos (os que não usam drogas), passa vários dias dormindo e comendo pouco, emagrece, fica com a pele ressecada e envelhecida, descuida da aparência, parece estar sempre cansado e responde com irritação se lhe pedem satisfações. É comum rapazes de classe média saírem de casa bem vestidos, com roupas, tênis e boné de grifes caras e voltarem, dias depois, descalços, sem camisa, só com a bermuda no corpo, sujos e exaustos. Eles gastam todo o dinheiro e bens de valor para sustentar o vício e, quando os próprios recursos materiais se esgotam, com frequência, passam a roubar dentro de casa ou na rua. Muitas vezes, os furtos e assaltos degradingolam em crimes maiores. “O usuário de *crack* sai para assaltar e sabe que a vítima pode reagir e ele acabar machucando a pessoa. Mesmo assim, ele vai, porque a ânsia de usar a droga é muito forte. A pessoa só tem foco em conseguir o dinheiro para continuar usando”, diz Thiago Machado. “Só quem usa *crack* sabe as loucuras todas que faz. A pessoa não se ama. Não ama ninguém. Só idolatra aquela droga. Até que um dia acorda e se pergunta: ‘O que eu fiz?’ E, depois disso, muita coisa ainda acontece até ela ter vontade de mudar de verdade e conseguir reunir forças para isso”, diz Juliano, 30 anos, dependente químico que experimentou o *crack* pela primeira vez aos 23. Quando relatou sua história para este livro, o jovem estava internado, em tratamento.

Juliano é um rapaz de sorriso bonito e olhos claros. Nascido e criado em Araxá, cidade de 94.000 habitantes, na região do Triângulo Mineiro, vem de uma família de classe média, estudou em colégios particulares até o ensino médio e frequentava as festas mais badaladas da cidade. “Gostava muito da noite” e “era muito curioso”. Essa combinação o levou a

experimental cerveja e cigarros aos 15 anos de idade, maconha e cocaína antes dos 18, LSD e *ecstasy* até os 23. Sempre em festas, à noite, para se divertir. Quando experimentou o *crack*, perdeu o controle. Com dois meses de uso, esgotou a poupança que tinha. Cinco meses depois, usando *crack* dia e noite, pediu ajuda aos pais. “Uma insanidade. Usava uma ‘pedra’ depois da outra, esperando um resultado diferente. O resultado era sempre o mesmo, e eu me afundava cada vez mais. Passei a viver às margens da sociedade. Literalmente. Só frequentava as beiradas da cidade.” Sete anos depois da primeira experiência com o *crack*, consciente de que tem uma doença e de que precisa ficar longe de qualquer droga para manter a dependência sob controle, Juliano diz que quer mudar de vida. “Hoje eu já aceitei que sou diferente de uma pessoa que consegue beber uma cervejinha de leve ou dar um ‘tapinha’ e ter o controle. Eu não tenho. Mas eu posso ser o mesmo cara, tão correto e responsável quanto essa pessoa. Só preciso viver de outro jeito.”

Quem consegue sair do turbilhão da droga e olhar de fora o fundo do poço onde já esteve costuma dizer que o *crack* é a droga dos “três c’s”: “clínica, cadeia ou caixão” costumam ser os destinos oferecidos por ela aos seus usuários. De fato, um estudo realizado por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) que acompanhou, durante 12 anos, 131 usuários da droga mostrou que apenas um terço deles havia conseguido escapar ao círculo vicioso imposto pelo *crack*, mantendo-se abstinente, ao final desse período. Vinte por cento dos usuários haviam morrido (a maioria deles, assassinados), 10% estavam presos, 20% desaparecidos e 17% continuavam consumindo a droga.⁷¹

Por causa do efeito instantâneo, intenso e efêmero do *crack*, até os usuários “experientes” de cocaína em pó costumam perder o pé da situação quando passam a fumá-lo, de acordo com o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Foi esse o caso de Mario, 28 anos, ex-usuário que começou pelo “pó” e sucumbiu na “pedra”. Hoje, afastado das drogas e colocando a vida nos eixos, ele compara a vida dos “craqueiros” a “um filme de terror”, em que os protagonistas são os próprios usuários.

Mario começou a beber aos 14 anos, como a maioria dos adolescentes brasileiros.^{11*} Sujeito tímido, ele encontrou na cerveja uma maneira de se sentir mais sociável. Aos 18, experimentou cocaína numa festa. E, de cara, gostou do efeito: “Me senti feliz, espontâneo, corajoso. Mais do que quando só bebia”. Usou cocaína até os 22 anos, sem que a família ou os amigos percebessem. Aliás, sem consciência ou intenção, os amigos de infância de Mario, que não tinham o hábito de consumir drogas,

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

“aprovavam” o uso. Ele explica: “Eu ficava tão animado, que me tornava o centro das atenções nas festas. Diziam que uma festa comigo era uma, sem mim era outra. Eu brincava com todo mundo, deixava as pessoas à vontade. E não vou dizer que era ruim ser o palhaço dos outros. Naquele momento, era o que eu precisava. E, sem a droga, não conseguia ser assim”. Entre os 18 e os 22 anos, Mario chegou a ficar sem usar cocaína por um período de seis meses. Mas sentiu falta dos efeitos. “Sem a cocaína eu ficava muito quieto nas festas e os meus amigos notavam. Perguntavam se eu estava triste. Isso mexeu comigo. Eu achei que era uma pessoa mais interessante quando usava a droga. Aí eu voltei a consumir. Só que foi dobrado. Não mais só em festas, no fim de semana. Eu saía do trabalho numa segunda-feira, passava num bar para tomar uma cervejinha e já usava cocaína também. Sozinho. Ou seja, o meu objetivo inicial de ficar mais sociável, usando a droga, já tinha ficado de lado. Aos poucos, eu fui me isolando.”

O *crack* entrou na vida de Mario nessa fase, meio “sem querer”. “Até então, eu discriminava quem usava *crack*. Achava que era fim de carreira, que não prestava. Mas, um dia, cheguei na casa de uns amigos com quem eu costumava usar cocaína e vi que eles estavam fumando *crack*. Eu não sabia que eles fumavam. Fiquei observando a reação deles. Achei esquisito. Tinha um efeito muito rápido. Segundos depois de tragar, eles já se transformavam. Ficavam eufóricos, vendo coisas que eu não via, ouvindo coisas que eu não escutava. E não sei por que – até hoje, não sei por quê – resolvi experimentar. Depois desse dia, eu não ‘cheirei’ cocaína mais. A compulsão pelo *crack* veio logo a partir dessa primeira vez que eu usei. Eu já pensava na droga logo de manhã. Sentia um frio na barriga só de pensar nela. Fazia o meu trabalho durante o dia, saía da empresa e ia para a casa dos meus amigos usar. Nós nunca fumávamos uma pedra só, porque o efeito é muito rápido e dá vontade de usar mais. Enquanto está usando, a pessoa não pensa em pai, em mãe, em amigos, em comer, em beber, não pensa em nada. Só em usar mais uma vez. Usávamos até a droga acabar. Depois que o efeito passava, vinha uma depressão grande, um arrependimento, uma tristeza. Uma sensação muito ruim. Era uma vontade negativa que me fazia usar. Uma vontade contra a minha própria vontade. Parece que tinha algo que me empurrava para aquilo e me deixava sem vontade de fazer mais nada. Só de usar a droga.”

Depois de uma noite inteira usando *crack*, nove meses após ter experimentado a droga pela primeira vez, Mario teve um momento de forte depressão e resolveu pedir ajuda aos pais. Internou-se durante seis meses e, três meses depois de sair da clínica, recaiu. “Me senti sozinho,

porque meus amigos de infância não me chamavam mais para sair. Acho que eles tinham medo de eu ter uma recaída, numa festa em que estivesse com eles, e eles se sentirem responsáveis. Então, resolvi ir a uma boate, frequentada pela turma com quem eu usava *crack* antes. Bebi e bateu a vontade. Saí da festa e fui usar.” Depois de alguns dias usando a droga, Mario tomou coragem, superou a vergonha que sentiu por ter recaído e pediu ajuda novamente aos pais. E, um mês depois de sair da segunda internação, recaiu mais uma vez. “Nesse período, eu estava conseguindo me segurar para não sair à noite, mas ficava só do trabalho para a casa, da casa para o trabalho, não ocupava o meu tempo com outras coisas. Ocioso, voltei a fumar.” Partiu, então, para a terceira internação. E, dessa vez, foi diferente. Quando seis meses haviam transcorrido desde o fim de sua terceira passagem pela clínica de recuperação, Mario deu seu depoimento a este livro e disse estar se sentindo forte o suficiente para não voltar a usar drogas. “Depois de tanto tempo em tratamento, aprendi quais são as ferramentas que preciso usar para não recair e estou conseguindo colocá-las em prática – que é a parte mais difícil. Ocupo o meu tempo o máximo possível e não crio expectativas em longo prazo. Pensar em coisas muito distantes cria ansiedade, pode frustrar e servir de desculpa para uma recaída. Isso, para mim, não cola mais. Por isso, planejo só as coisas possíveis de serem cumpridas no dia de hoje. Depois da última internação, sinto que criei uma fortaleza comigo mesmo. Passei por uma mudança grande de autoestima. Havia lá na clínica um coordenador bastante firme, que falou pra mim um monte de coisas que eu não queria ouvir, mas precisava. Ele me fez confrontar comigo mesmo, diante do espelho. Foi duro. Mas, a partir desse trabalho, eu consegui ver tudo o que tenho de bom e que a droga não me deixava enxergar. Hoje eu não tenho mais dificuldade de conversar com uma menina ou de falar com um chefe. E não guardo mais as coisas pra mim, que era algo que eu fazia muito e me sufocava. Só depois dessa última internação, eu comecei a ver o quanto são maravilhosos a minha família, os meus amigos e o meu emprego. Os meus pais não me abandonaram, apesar de tudo. E a empresa onde eu trabalho não só me deu estabilidade no emprego, enquanto eu me tratava por três vezes, como manteve a confiança em mim. Recentemente, assumi uma função de coordenação que tem sido uma felicidade enorme, maior do que qualquer prazer que eu possa ter tido com a droga. Eu sei que consegui isso em função do meu mérito, do trabalho que desenvolvi, mas eles poderiam ter ficado com o pé atrás em relação a mim e não ficaram... Então, levando em conta tudo o que eu aprendi para lidar com a minha doença, todas as chances que tive das pessoas, e sabendo que talvez eu não

tenha outra oportunidade, hoje eu sou bastante rígido comigo mesmo: não me dou a menor possibilidade de errar de novo.”

Os fatores que aumentam o risco de desenvolver a dependência do *crack* são os mesmos que contribuem para levar ao alcoolismo: personalidade curiosa, desafiadora e impulsiva, baixa autoestima, sofrimentos emocionais, problemas na estrutura e nas relações familiares, dificuldades na escola, predisposição genética, convivência com pessoas que usam ou aprovam o consumo de drogas, ambientes violentos e socialmente vulneráveis. As engrenagens biológicas do vício também são as mesmas – a ação repetida da droga sobre o sistema de recompensa do cérebro acaba levando à dependência, com a diferença de que, no caso do *crack*, esse processo ocorre numa velocidade muito mais rápida.

Já o tratamento tem algumas particularidades. É especialmente difícil tratar a dependência de *crack* sem internação. “Pelo fato de que a maioria dos usuários de *crack* desenvolve um quadro grave de dependência, o tratamento ambulatorial costuma ter baixa aderência. E, aí, eles acabam recaindo muitas vezes e de forma grave”, explica Laranjeira. Por causa disso, a maioria dos usuários de *crack* precisa passar um período em clínicas ou outros serviços especializados de internação para conseguir alguma estabilidade psíquica, emocional e comportamental – diminuir a vontade de usar a droga, ficar menos agitado, manter-se longe da rede social de usuários, reduzir as brigas com a família – e, então, conseguir seguir o tratamento fora desses ambientes muito controlados. A internação não é uma medida milagrosa, não resolve sozinha o problema da dependência. Mas ela dá uma chance para o indivíduo escolher o que quer fazer de forma mais consciente. Banhado pela droga, com o pensamento condicionado por ela, muitas vezes, ele não consegue avaliar a própria vida, tomar uma decisão e engrenar no seu propósito.

Embora saiba que é bastante difícil para uma pessoa dependente de *crack* seguir o tratamento ambulatorial, no princípio, essa é sempre a primeira opção oferecida por Laranjeira. “Em medicina, você sempre tenta o tratamento mais básico e depois vai subindo os degraus na complexidade dos recursos disponíveis. Costumo fazer um trato com o paciente: se ele conseguir seguir as ações propostas no tratamento e se mantiver abstinência sem internação, ótimo. Se não, proponho que ele passe um a dois meses numa clínica para ficar mais estável e conseguir aderir ao tratamento ambulatorial com tudo o que é necessário: psicoterapia, remédios, participação em grupos de apoio, etc.” E, nesse caso, a internação não precisa ser necessariamente voluntária para ser bem-sucedida. Pesquisas americanas que comparam o resultado dos tratamentos feitos com a

concordância do paciente e à sua revelia mostram que a eficácia é praticamente a mesma, em ambos os casos, conforme descreve o livro *O tratamento do usuário de crack*, organizado pelos psiquiatras Ronaldo Laranjeira e Marcelo Ribeiro, que traz um panorama sobre os conhecimentos já acumulados a respeito dessa matéria. É comum que, no início da internação involuntária, o sujeito se sinta com raiva por ter sido “enganado” ou “traído”. Mas, depois dos primeiros dias, já sem estar sob efeito da droga e com a síndrome de abstinência amenizada, o usuário, muitas vezes, reconhece a necessidade do tratamento e começa a aderir a ele.

Mario, que, em suas duas primeiras internações, tratou-se voluntariamente numa clínica que também realizava internações à revelia, expõe sua opinião sobre o assunto: “Eu sou a favor da internação involuntária para os usuários de *crack* porque, muitas vezes, a pessoa que está dependente da droga não tem condições de pedir ajuda. Para entender a dimensão disso, basta olhar para a situação das crackolândias, que a gente vê na televisão. Por que aquelas pessoas ficam vivendo naqueles lugares horrorosos? O que elas acham ali? A droga. Se elas voltarem no dia seguinte, o que vão encontrar? A droga. Se elas voltarem ali todos os dias e continuarem tendo acesso à droga, elas não vão querer sair dali. Para elas, está bom. A sensação de usar é ótima, o sabor é gostoso, ninguém as incomoda... Elas não vão querer se tratar. O *crack* não deixa que elas queiram. Então, alguém precisa tirar aquelas pessoas dali. No começo, lógico, elas não vão querer ajuda. Mas, a partir do momento em que estiverem em sã consciência e virem que existe uma vida muito melhor fora dali, elas vão ter uma chance de decidir não usar mais. Eu tenho certeza de que ninguém quer ficar naquele estado em que se encontram as pessoas que vivem nas crackolândias. É muito ruim. Mas a pessoa só consegue ver que é muito ruim quando não está usando. Apesar de eu nunca ter morado na rua, nunca ter roubado e ser de uma família de classe média, a única diferença que eu vejo entre mim e as pessoas que vivem nas crackolândias é que elas estão em uso e eu não. A droga iguala as pessoas por baixo. Tenho certeza de que essas pessoas têm alguma habilidade para o trabalho e capacidade de viver em sociedade, como eu, mas o *crack* não deixa elas se desenvolverem. Então, por existirem pessoas como essas, totalmente escravizadas pela droga, é que eu acho que a internação involuntária às vezes é necessária. Agora, é preciso que as clínicas de tratamento que vão receber essas pessoas tenham estrutura para lidar com o problema delas. E não é um probleminha, é um problemão. Passei por isso e sei que é muito difícil ficar sem usar o *crack*, principalmente nos

primeiros dias. A pessoa fica muito ansiosa, agitada, nervosa. Pode querer se agredir e agredir alguém. E, nesses casos, não adianta trancar a pessoa num quarto e esperar a crise dela passar sozinha, porque ela vai sair disso ferida física e emocionalmente. Precisa ter um ambiente adequado e uma equipe preparada de médicos, psicólogos e enfermeiros para lidar com essas pessoas 24 horas por dia”.

Embora hoje o tratamento do usuário de *crack* esteja começando a ganhar uma estrutura mais definida, lançando mão de um arsenal amplo e variado de recursos e contando com profissionais de formações diversas para atacarem juntos o problema, a efetividade ainda esbarra na instabilidade dos próprios usuários da droga, que, muito frequentemente, abandonam o tratamento em pouco tempo e recaem. A taxa de sucesso dos tratamentos fica em torno de 25% a 30%⁷² – isso quer dizer que apenas um quarto a um terço dos dependentes de *crack* que se tratam conseguem se manter abstinentes por pelo menos um ano. A maioria recai antes disso, voltando a consumir a droga na mesma intensidade. O tempo de tratamento é um fator importante para o sucesso da luta contra a dependência. Segundo o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, é preciso que o usuário de *crack* se exponha uma “dose” terapêutica de, no mínimo, dois anos. Nesse período, ocorrerão, paralelos, o que ele chama de “tratamento em si” – trabalho feito essencialmente por psiquiatras, psicólogos e demais profissionais especializados em saúde mental – e a fase de “reabilitação”, que inclui a participação em grupos de apoio, como o Narcóticos Anônimos, e o engajamento em comunidades religiosas, atividades esportivas, profissionais, acadêmicas, assistenciais e o que mais ajude a preencher o vazio deixado pela droga e contribua para sustentar a recuperação. O médico explica: “O ‘tratamento’ ajuda a pessoa a parar de consumir a droga. Mas, depois de tanto tempo usando, muitas vezes, ela se vê sem emprego, sem namorado(a), os estudos abandonados, uma rede social só de usuários, a relação com a família desgastada. Fica totalmente perdida. A abstinência não se sustenta num cenário como esse. Então, a pessoa precisa de uma rede de apoio para ajudá-la nesse trabalho de ‘reabilitação’, de ‘preenchimento da vida’, para que ela se mantenha longe das drogas”. Em outras palavras: “Parar de usar a droga é parar de cavar o buraco em que o dependente se encontra. Mas ele ainda precisará escalar um longo caminho buraco acima para voltar a ter uma vida normal”, compara.

Os profissionais da terapia ocupacional^{12*} têm grandes contribuições a dar no trabalho de manutenção da abstinência, ao ajudar as pessoas a organizar o próprio cotidiano, ampliar o repertório de atividades e relações

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

sociais e afetivas e, fundamentalmente, desenvolver autonomia para gerir a própria vida. A terapeuta ocupacional Jô Benetton explica: “O trabalho da terapia ocupacional não é apenas terapêutico, mas também educativo. Ensinamos desde coisas muito básicas, como organizar horários e criar uma rotina, a coisas mais complexas, como estratégias para administrar o próprio dinheiro, habilidades para conseguir um trabalho e até ajudar a descobrir o que a pessoa quer fazer da vida”. O processo terapêutico e educacional se dá, essencialmente, por meio de atividades práticas – organização de agenda, preparação de livros-caixa para a administração das finanças, elaboração de currículos e tudo o mais que couber, conforme a necessidade. “Numa comparação, podemos dizer que, enquanto a psicanálise usa o recurso das palavras, a terapia ocupacional desenvolve seu trabalho por meio de atividades. A psicanálise olha para dentro e a terapia ocupacional olha para fora, para atender necessidades e resolver problemas”, diz. A terapeuta reforça que, no caso do problema com as drogas, ajudar a pessoa a descobrir ou redescobrir coisas das quais ela gosta é o trabalho essencial. “A droga embota todos os pequenos e grandes prazeres que a pessoa pode ter na vida”, diz.

Por enquanto, os remédios ainda têm uma eficácia limitada no tratamento da dependência de *crack*, mas alguns medicamentos ajudam a diminuir a vontade de usar a droga, amenizam problemas de memória e sintomas psicóticos causados pelo consumo excessivo da substância e reduzem os sintomas depressivos e a ansiedade, bastante comuns entre usuários de *crack*. Ou seja, a medicação reduz as sensações desagradáveis que surgem quando a pessoa interrompe o uso da droga, aumentando a adesão ao tratamento e as chances de o sujeito conseguir controlar a dependência. Os autores do livro *O tratamento do usuário de crack* explicam o princípio do tratamento medicamentoso: “Ausentes o desconforto físico e psíquico, aumenta assim a disponibilidade do indivíduo para focalizar e solucionar conflitos internos e externos, cujo estresse deixa-o vulnerável e predisposto ao uso de substâncias psicoativas”.⁷³ Além dos remédios já disponíveis, estão em andamento algumas pesquisas promissoras para desenvolver novos medicamentos, que, no médio e longo prazo, devem ampliar as opções de tratamento farmacológico. Vacinas capazes de estimular o sistema imunológico do usuário de drogas a produzir anticorpos que neutralizam a molécula da cocaína e impedem sua ação no cérebro vêm se mostrando eficazes para bloquear os efeitos prazerosos da substância e ajudar no tratamento da dependência. “É um processo de dessensibilização – com a vacina, a pessoa vai deixando de sentir o efeito prazeroso da droga, para de reforçar

o mecanismo da dependência e, aos poucos, vai começar a buscar outras formas de recompensa”, explica Laranjeira. As vacinas “anticocaína” ainda estão em fase de testes em humanos e a comunidade médica espera que elas estejam disponíveis para uso em, aproximadamente, cinco anos. Se aprovadas, serão utilizadas somente entre os dependentes da droga (inclusive os usuários da cocaína na forma de *crack*), não na população em geral.

Neste capítulo, as histórias de três jovens se cruzaram. Mario, Juliano e Marcelo. Cada um deles começou a usar drogas por um motivo. Mario, para lidar com sua timidez e baixa autoestima. Juliano, por curiosidade e diversão. Marcelo, por acreditar que seria mais respeitado entre os amigos, que também usavam drogas. As razões são diferentes. O contexto familiar e socioeconômico em que viviam também. Mas os três tiveram suas trajetórias marcadas por um *crack* e só lhes resta reconduzir suas vidas a partir dessa ruptura.

Notas

[5*](#) Segundo a OMS, 2 bilhões de pessoas consomem álcool em todo o mundo, enquanto 1,3 bilhão são fumantes e 185 milhões, usuárias de drogas ilícitas.

[6*](#) Estimativa com base na população brasileira atual: 190.755.799 de pessoas, no total, e 134.465.631, sujeitos com 18 anos ou mais, segundo o último censo do IBGE (2010). À época que o *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira* foi realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, a população adulta do Brasil correspondia a 122 milhões de pessoas e o número de dependentes do álcool era estimado em 10,9 milhões de indivíduos.

[7*](#) Doses calculadas para uma pessoa de 70 quilos, podendo variar conforme sexo, idade, hábito de beber, ingestão de alimentos antes ou durante o consumo de bebidas alcoólicas, entre outros fatores.

[8*](#) Até o dia 23 de maio de 2012, quando foi feita a última revisão de conteúdo deste capítulo, a tolerância zero ao álcool no trânsito ainda não havia sido votada.

[9*](#) No estudo longitudinal *O uso de cannabis e suas consequências futuras*, publicado na revista britânica *Addiction*, em 2008, pesquisadores da Nova Zelândia acompanharam 1.063 pessoas, desde o nascimento até os 25 anos de idade, verificaram o uso de maconha entre elas, dos 14 aos 21 anos de idade, e analisaram a relação do uso da droga com o desempenho acadêmico, profissional e a vida afetiva desses jovens, aos 25 anos.

[10*](#) Quando deu seu depoimento para este livro, Marcelo estava em tratamento. Internou-se voluntariamente pela quarta vez.

[11*](#) Segundo o *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), e publicado em 2007, o jovem brasileiro começa a beber regularmente aos 14,6 anos, em média.

[12](#)* A terapia ocupacional, embora tenha um papel destacado na área de saúde mental, atua junto a diversas outras especialidades médicas. Atende pessoas de todas as idades, da infância à velhice.

Transtorno bipolar – a vida a bordo de uma montanha-russa emocional

Mudar o estado de espírito diante dos acontecimentos, dos mais triviais aos profundamente marcantes. Essa é parte fundamental da substância da vida. É natural que uma pessoa sorria quando uma criança graciosa lhe sopra um beijo no ar, sinta raiva e decepção se um amigo lhe dá uma rasteira, fique irritada depois de algumas noites de insônia, em estado de graça no domingo em que o seu time de futebol é campeão, gratuitamente feliz num dia de sol, inconsolável no momento em que seu amado pai ou sua querida mãe morre. É com a ajuda das emoções e dos sentimentos – vividos de maneira sutil ou intensa, efêmera ou duradoura – que cada um atribui significados às pessoas e aos fatos e constrói sua história pessoal. Mas há uma linha de corte que separa as inconstâncias emocionais normais do ser humano da montanha-russa de sentimentos a que algumas pessoas se encontram atreladas. Quando os ânimos oscilam de um extremo ao outro, em reações totalmente desproporcionais aos fatos da vida ou mesmo sem nenhum motivo aparente, e fogem ao controle, entramos num território em que a mente pode estar dominada pelo transtorno bipolar. Nesse quadro, períodos de depressão e euforia se alternam, geralmente entremeados por fases em que está tudo normal, transformando o amanhã – ou a próxima semana, o mês seguinte, ou o ano que vem – em algo ainda mais imprevisível do que já é para o restante da humanidade.

O transtorno bipolar é conhecido por alterar o humor, mas muda também a velocidade das ideias, o conteúdo dos pensamentos, o nível de energia das pessoas, seu grau de impulsividade e até a quantidade de sono que elas precisam para se sentirem revigoradas. Nas fases de euforia – que os médicos chamam, tecnicamente, de “mania” –, tudo isso fica alterado para cima: o sujeito se sente altamente desinibido, interage com as outras pessoas sem constrangimentos, fala pelos cotovelos, veste-se de maneira mais ousada e comporta-se sem muitos freios. As ideias e planos são muitos e grandiosos, a pessoa sente-se cheia de si (geralmente, a autocrítica vai para o espaço) e ela se comporta de maneira autoconfiante,

assertiva e convincente. A impulsividade fica a toda – tudo é feito de supetão, às pressas. Se lhe dá vontade de comprar, leva para casa coisas que nunca vai chegar a usar; se está com dor de cabeça, toma três comprimidos analgésicos de uma vez para que o incômodo passe logo. A energia também toca as alturas – quatro horas de sono por noite dão ao portador da bipolaridade, em fase de mania, disposição suficiente para dar nó em pingo d'água no dia seguinte. O resultado da combinação entre desinibição, impulsividade e aumento de energia muitas vezes leva a comportamentos de risco, como fazer sexo com muitas pessoas de forma desprotegida, dirigir em alta velocidade, exagerar na bebida, fumar um cigarro atrás do outro, consumir drogas ilícitas além da conta e gastar desenfreadamente, acumulando dívidas ou dilapidando o patrimônio construído ao longo de uma vida inteira. O ritmo acelerado imposto pela fase de euforia também acaba deixando o bipolar disperso, impaciente, irritadiço e até agressivo com as outras pessoas. O pavio encurta tremendamente. A mania é, em suma, um estado de excessos, uma fase de “bem-estar perigoso”, ‘esplendor mórbido’, uma euforia enganosa com abismos por baixo”,⁷⁴ como descreve o célebre neurologista inglês Oliver Sacks, em seu livro *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*.

Já durante a depressão, as pessoas portadoras do transtorno bipolar são lançadas no extremo oposto. Todos os pensamentos, sensações e comportamentos ganham um viés negativo, para baixo. Os sintomas centrais da fase depressiva são a perda de interesse e prazer em atividades que antes despertavam entusiasmo e satisfação, além de uma sensação persistente de vazio e tristeza. Outros sentimentos negativos costumam aparecer, como baixa autoestima, insegurança, medo, culpa, tédio, indiferença, desânimo e desesperança. Tomar decisões torna-se mais difícil que o normal e podem surgir pensamentos ligados a ruína financeira, doença e morte.^{13*} A irritabilidade também pode ser um sintoma de depressão, embora se manifeste de maneira diferente da irritação presente na fase de euforia. “A irritabilidade da mania é mais acentuada, explosiva, pode levar à agressão física facilmente, se a pessoa for provocada numa festa ou no trânsito, por exemplo. Já a irritabilidade da depressão não costuma ir tão longe – geralmente, a pessoa deprimida reclama apenas com quem é mais próximo a ela, porque nada lhe agrada, a doença a deixa mal-humorada”, explica o psiquiatra Beny Lafer, coordenador do Programa de Transtorno Bipolar do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP). Há ainda os sintomas físicos: no caso da depressão característica do transtorno bipolar, são comuns o sono excessivo, o ganho de peso e uma sensação forte de cansaço e lentidão. São os sintomas da

depressão atípica, abordada no terceiro capítulo deste livro.

No livro *Uma mente inquieta*, a psicóloga Kay Redfield Jamison, professora do curso de psiquiatria da prestigiosa Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, e uma das maiores autoridades mundiais em transtorno bipolar, descreve o curso da doença. A pesquisadora o faz não apenas do ponto de vista científico, mas com uma visão bastante íntima do assunto, uma vez que ela própria tem o transtorno bipolar, desde a adolescência:

Quando se está para cima é fantástico. As ideias e sentimentos são velozes e frequentes como estrelas cadentes, e você os segue até encontrar algum melhor e mais brilhante. A timidez some; as palavras e os gestos certos de repente aparecem; o poder de cativar os outros, uma certeza palpável. Descobrem-se interesses em pessoas desinteressantes. A sensualidade é difusa; e o desejo de seduzir e ser seduzida, irresistível. Impressões de desenvoltura, energia, poder, bem-estar, onipotência financeira e euforia estão impregnadas na nossa medula. Mas, em algum ponto, tudo muda. As ideias velozes são velozes demais; e surgem em quantidades excessivas. Uma confusão arrasadora toma o lugar da clareza. A memória desaparece. O humor e enlevo no rosto dos amigos são substituídos pelo medo e preocupação. Tudo que antes corria bem agora só contraria – você fica irritadiça, zangada, assustada, incontrolável e totalmente emaranhada na caverna mais sinistra da mente. Você nunca soube que essas cavernas existiam. E isso nunca termina, pois a loucura esculpe sua própria realidade.

A história continua sem parar, e finalmente só restam as lembranças que os outros têm do seu comportamento – dos seus comportamentos absurdos, frenéticos, desnorteados – pois a mania tem pelo menos o lado positivo de obliterar parcialmente as recordações. E então, depois dos medicamentos, do psiquiatra, do desespero, depressão e overdose? Todos aqueles sentimentos incríveis para desembaralhar. Quem está sendo educado demais para dizer o quê? Quem sabe o quê? O que foi que eu fiz? Por quê? E o que mais atormenta, quando vai acontecer de novo? Temos também os lembretes amargos – remédios para tomar, para se ressentir por ter tomado, para esquecer; tomar, ressentir, esquecer, mas sempre tomar. Cartões de crédito cancelados, cheques sem fundo a serem cobertos, explicações devidas no trabalho, desculpas

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

*a ser pedidas, lembranças intermitentes (o que foi que eu fiz?), amizades cortadas ou esvaziadas, um casamento terminado. E sempre, quando isso vai acontecer de novo? Quais dos meus sentimentos são reais? Qual dos meus eus sou eu? O selvagem, impulsivo, caótico, vigoroso e amalucado? Ou o tímido, retraído, desesperado, suicida, cansado e fadado ao insucesso? Provavelmente um pouco de cada lado. De preferência, que grande parte não pertença a nenhum dos dois lados.*⁷⁵

Kay Jamison ressalta um lado cruelmente irônico da doença: as “contas a pagar” que a mania deixa para o período de depressão. Às vezes, a cobrança vem na forma de inúmeros compromissos assumidos durante a fase de euforia, que precisam ser postos em prática nos dias mais modorrentos de depressão. Em outras ocasiões, a conta chega na forma de uma fatura de cartão de crédito mesmo. Ainda acompanhando Jamison:

Quando estou nas alturas, não conseguiria me preocupar com o dinheiro, mesmo se tentasse. Por isso não me preocupo. O dinheiro aparece; eu tenho direito; Deus dará. [...] Pois eu já comprei doze kits para picadas de cobra com uma sensação de urgência e importância. [...]. Durante um desses episódios em Londres, gastei algumas centenas de libras em livros com títulos que de algum modo me cativavam: livros sobre a história natural da toupeira, vinte exemplares variados da Penguin porque achei que ficaria bonito se os pingüins pudessem formar uma colônia. Uma vez roubei uma blusa de uma loja porque não ia conseguir esperar nem mais um minuto pela mulher-de-pés-de-melaço à minha frente na fila. Ou talvez eu tenha apenas pensado em roubar a blusa, não me lembro, minha confusão era total. Imagino que devo ter gasto mais de trinta mil dólares durante meus dois episódios mais importantes de mania, e só Deus sabe quanto mais gastei durante minhas frequentes manias mais brandas.

[...] A mania não é um luxo que se possa sustentar com facilidade. É devastador ter a doença e irritante ter de pagar pelos remédios, exames de sangue e psicoterapia. Essas despesas, pelo menos, são parcialmente dedutíveis. Mas o dinheiro gasto enquanto se está maníaco não se encaixa nos conceitos da receita federal de despesas médicas ou prejuízos na atividade comercial. Portanto, depois da mania, quando se
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

*está mais deprimido, é quando se tem ótimos motivos para aumentar ainda mais a depressão.*⁷⁶

Há dois tipos de bipolaridade reconhecidos em consenso pela comunidade médica. O transtorno bipolar tipo 1 é a doença em sua forma clássica e mais grave, que atinge 1% da população.⁷⁷ As pessoas acometidas por essa forma do transtorno têm fases de mania vigorosas, que duram semanas a meses, intercaladas com os episódios de depressão e períodos de normalidade. Cerca de 40% dos bipolares tipo 1 acabam tendo surtos psicóticos (delírios e alucinações) em algum momento da vida.^{14*} E há ainda o transtorno bipolar tipo 2, em que a mania se manifesta de forma mais branda e breve (a chamada hipomania) e os episódios de depressão são mais duradouros – a impressão que se tem é que a pessoa sofre de uma depressão recorrente e, entre os episódios depressivos e os períodos sem sintomas, passa uma ou duas semanas mais acelerada, com excesso de atividades, sentindo mais energia, apesar de dormir pouco, e irritadiça além do normal. Os bipolares tipo 2 não têm surtos psicóticos. Esse segundo tipo de bipolaridade atinge entre 1% e 3% da população. Em geral, após o início da doença, os portadores do transtorno bipolar passam metade da vida com sintomas do distúrbio e a outra metade bem. Na bipolaridade clássica, a proporção de tempo que a pessoa passa em euforia ou em depressão é mais equilibrada. Já no bipolar tipo 2, o sujeito passa apenas 4% do período de sintomas levemente eufórico e o restante, depressivo.⁷⁸

De todas as facetas com as quais a doença se apresenta, a mais sofrida e perigosa são os chamados episódios mistos, em que sintomas de depressão e mania (ou hipomania) se misturam. Toda a aceleração e o excesso de energia da fase de euforia vêm perigosamente “aditivados” com os sentimentos e pensamentos negativos da depressão. Pensamentos aflitivos incessantes e uma angústia atroz levam ao desespero e conduzem a uma sensação de beco sem saída. “Os pacientes em estado misto grave chegam ao consultório dilacerados. Alguns acabam se suicidando violentamente, porque o sofrimento é muito pesado”, diz a psiquiatra Doris Hupfeld Moreno, pesquisadora do Programa Transtornos Afetivos (Progruda) do Instituto de Psiquiatria da USP. Cerca de 30% a 40% dos portadores da bipolaridade apresentam episódios mistos no curso da doença.

Como se pode perceber, o transtorno bipolar é uma doença grave. Não só complica as relações familiares, os relacionamentos afetivos, a carreira profissional e os estudos, como também está relacionada a maiores taxas

de mortalidade. É a doença psiquiátrica mais associada a suicídios. A mortalidade por suicídio entre bipolares é 15 vezes maior que na população em geral, no caso dos homens, e 22 vezes maior, no caso das mulheres, segundo um estudo realizado na população sueca, que acompanhou 15.000 homens e mulheres portadores do transtorno, durante um período de duas décadas, e comparou os dados de mortalidade desse grupo com a população em geral. De acordo com a mesma pesquisa, o número de mortes por acidentes é quatro vezes maior entre bipolares; e a mortalidade total, duas vezes e meia maior que na população não acometida pelo transtorno.⁷⁹

Foi depois da primeira de seis tentativas de suicídio que Amanda, atriz, 40 anos, recebeu o diagnóstico de portadora do transtorno bipolar. “Eu tinha 20 anos de idade. Estava meio perdida em relação ao que escolher como profissão, andava meio desmotivada com tudo e acabei de me desmotivar para a vida quando terminei com um namorado por quem estava muito apaixonada. Não creio que esses tenham sido motivos reais para eu tentar me matar. Acho que foram gotas d’água num copo que já estava cheio e acabou transbordando. Hoje eu vejo que já havia uma doença por trás. De lá para cá, tenho vivido como uma fênix. A doença me faz viver assim. Eu entro num buraco, afundo, afundo, afundo, acho que não dá mais... Aí, de repente, ressurjo das cinzas, consigo voltar a fazer as coisas. Profissionalmente, é complicado porque há épocas em que eu estou ótima, trabalhando pra caramba, e há fases em que eu não consigo ser produtiva, porque a depressão me domina. Eu fiquei um ano inteiro sem conseguir trabalhar, entre setembro de 2010 e setembro de 2011, por causa de um processo depressivo muito sério. Acho que foi a minha depressão mais longa. Nas fases muito graves da doença, chamo a minha mãe para cuidar de mim, porque sei que não estou de posse das minhas faculdades mentais mais perfeitas. As chances de eu tentar me matar de novo são reais. E, quando estou em depressão, não consigo fazer as coisas básicas: não consigo providenciar nada para comer, não consigo levantar da cama para tomar banho. É a minha mãe quem me empurra para debaixo do chuveiro, me dá comida e carinho. Tem que ser ela, que já sabe como as coisas são. Namorado, amigos e outras pessoas querem ajudar, mas não sabem muito bem como lidar. Se te vêm jogada na cama, acham que você não está se esforçando para melhorar. Mas, na verdade, só de ficar deitada na cama já é um grande esforço. Quando estou deprimida, passo a maior parte do tempo deitada, mas não descanso. O corpo dói. É horrível. Eu cheguei a ser internada umas cinco a sete vezes, em momentos de muita crise, mas, para mim, já deu. Fiquei em clínicas supercaras e de renome,

sempre concordando em me internar, porque estava prestes a fazer uma besteira muito grande ou já tinha acabado de fazer, mas não é agradável. O ambiente é pesado, não tem jeito... Hoje, conhecendo bem a doença e os riscos, prefiro chamar a minha mãe para cuidar de mim na minha casa, com o médico acessível ao telefone. Espero que não seja necessária outra internação.

Uma coisa que aprendi nesses vinte anos de ‘carreira’ na bipolaridade é que não há nenhuma possibilidade de ficar sem os remédios. Em 2006, eu tive uma fase bem pesada da doença, porque estava sem tomar nenhuma medicação. Uma médica achou que o diagnóstico estava errado e suspendeu todos os remédios que eu estava tomando. Foi a pior fase da minha vida. Um desconforto enorme, o coração doía. Eu tinha vontade de me atirar da janela. Era vigiada por duas enfermeiras o tempo todo, em casa, até na hora de tomar banho. Essa fase deixou bem claro para mim a importância da medicação. Ajuda muito. Agora,^{15*} por exemplo, estou tendo uma vida supernormal, estou feliz, conseguindo trabalhar, satisfeita com o meu trabalho. Só estou sentindo um certo cansaço, que, acredito, se deve ao fato de estar sem poder tomar um dos remédios, que é o estabilizador de humor. Tive uma alergia há uma semana ao estabilizador que eu estava tomando e o médico me mandou suspender o remédio. Estou me segurando só com um antipsicótico e um antidepressivo por alguns dias, até voltar ao médico para acrescentar outro estabilizador de humor. Acontece... Hoje em dia, eu encaro a doença como um diabetes. Tenho que tomar os remedinhos, tomo e vamos em frente. Não é uma batalha ganha – às vezes, você desenvolve alergias, ou engorda demais (o que, na minha profissão, é um problema) e, muitas vezes, é preciso mudar o remédio, ajustar a dose, etc. E, quando eu estou trocando de medicação, a minha vida para, porque, até começar a fazer efeito, leva umas duas semanas e eu não dou muito conta das coisas nesse período. Mas são os remédios que me dão energia e alguma estabilidade emocional para tocar a vida. As medicações controlam muito a minha impulsividade, por exemplo. Eu sempre fui radicalmente impulsiva. Sou daquelas pessoas que pulam de cabeça na piscina sem nem ver se tem água. A minha natureza continua sendo essa, mas o remédio me segura bastante. Quando me convidaram para fazer a peça de teatro que estou fazendo agora, por exemplo, só pude aceitar porque um dos remédios que eu havia trocado há pouco tempo tinha acabado de começar a fazer efeito. Se tivessem me chamado cinco dias antes, acho que eu não teria conseguido aceitar, porque estava mal ainda. A terapia, uma vez por semana, também é útil porque me ajuda a me organizar. E trabalhar me ajuda muito. Aumenta a autoestima e tudo o

mais... Muitas vezes, eu acho que o teatro me salva. Todos os meus problemas ficam de lado quando eu estou atuando. Parece que viro outra pessoa. Dizem que eu sou boa atriz... Vai ver que é porque no palco eu sou a personagem e a personagem não é bipolar (risos).

Tem uma coisa que eu preciso resolver ainda que é o consumo de álcool. Eu adoro cerveja. A cerveja, para mim, faz passar a angústia. Me faz sentir melhor dentro das calças, me ajuda a não me sentir tão desconfortável dentro do meu próprio corpo. Funciona, para mim, como Rivotril [*um ansiolítico, tranquilizante*]. Já tentei parar de beber uma vez, mas não deu certo. Depois de quatro, cinco dias sem, bate uma vontade muito grande e eu tenho que tomar. Quando estou sem trabalhar ou me sentindo muito angustiada, acabo bebendo mais. A cerveja vira uma muleta. Mas, quando eu estou me sentindo melhor, consigo moderar a quantidade. Não atrapalha a minha rotina.

Eu tive uma fase de euforia maravilhosa, aos 32 anos. Durou mais de um ano. Eu simplesmente não precisava dormir. Depois de ter saído à noite com os amigos, eu dormia quatro horinhas e já estava nova, linda, magérrima, na frente do espelho, me preparando para ir para a praia. Morava no Rio de Janeiro nessa época. Eu estava desempregada, não estava namorando, não tinha motivo nenhum para estar feliz, mas me sentia ótima. Eu era um polo. As pessoas se aglutinavam em volta de mim, queriam saber o que eu ia fazer, para ir junto (ao contrário do que acontece quando você está deprimida – aí as pessoas se afastam, porque não sabem lidar). Nessa fase de euforia, eu irradiava alegria, me sentia a rainha da festa, tinha a sensação de que podia tudo. Mas essa foi a única fase muito boa que eu tive na doença. A euforia não é necessariamente boa. Já tive muitas euforias ruins também – eu fico muito acelerada, com uma ansiedade violenta, sinto muita angústia, dor no peito. E, mesmo se a sensação da euforia é boa, ela pode ter consequências ruins. Em 2010, eu estava num período eufórico bom, mas aí tive uma briga horrorosa com o diretor do grupo de teatro do qual eu fiz parte por oito anos e caí num buraco. Para mim, foi uma coisa forte, porque rompi com uma parte muito importante da minha vida e de uma forma gratuita, sem motivo. Estávamos em Belém do Pará, apresentando uma peça, e íamos seguir para Manaus. Briguei com o diretor e deixei a temporada da peça no meio. Voltei para a minha casa, em São Paulo, comprei cocaína e me tranquei no meu apartamento. Fiquei três noites acordada usando. Foi a primeira vez que eu tive alucinações. Talvez a droga tenha contribuído para isso. Eu ouvia e via as pessoas do meu grupo de teatro dentro da minha casa e debaixo da janela do meu apartamento. Eu briguei com um deles, que eu achava que

estava embaixo da minha janela, na rua. Peguei um livro do Nietzsche^{16*} e fui mostrar para ele, gritando: ‘Seu burro, vai ler! Sai daqui!’. E a coisa ficou mais séria quando eu comecei a ouvir uma menina do teatro com quem eu não me dava muito bem me instigando a me matar. Ela dizia: ‘Deixa ela, ela está muito cansada. Ela quer morrer, não aguenta mais. Deixa...’. Eu só me dei conta de que essas pessoas não estavam no meu apartamento quando liguei para um amigo do teatro e ele me falou: ‘Amanda, a gente está em Manaus. Não tem ninguém do grupo aí em São Paulo, muito menos no seu apartamento’. Mas eu não parava de ouvir e ver as pessoas. Para mim, aquilo tudo estava acontecendo. É como se eu estivesse tendo um pesadelo acordada. Fiquei apavorada. Me escondia debaixo dos lençóis, da cortina. Aí teve uma hora em que eu falei: ‘Não aguento mais. Isso tem que acabar’. Montei um kit com facas, tesouras, tudo o que eu encontrei para cortar os pulsos. Vesti uma camisola, para não ser encontrada nua. Foi um desespero, a minha casa ficou toda pintada de sangue. Só que, graças a Deus, eu não consegui cortar nenhum lugar que fosse fatal, embora os cortes tenham sido profundos. Depois de oito horas de loucura, sangrando pela casa, numa frustração horrorosa de não conseguir morrer, eu pedi ajuda. Liguei para alguém que nem me lembro mais quem foi, que chamou o meu médico. Fiquei internada durante 22 dias para me estabilizar.

As minhas tentativas de suicídio foram todas em momentos muito sofridos. Eu queria realmente acabar com aquilo. Escapei por muita sorte. Outro dia, eu me confessei com um padre e achei muito interessante o que ele me disse. Eu falei: ‘Padre, eu não entendo. Da última vez em que eu tentei me matar, eu recebi de penitência um Pai Nosso e uma Ave Maria. Não é muito pouco? Eu atentei contra a minha própria vida...’. Aí, ele me respondeu: ‘Não, minha filha, está de bom tamanho, a sua vida já é uma penitência...’. Tem dois frades com quem eu converso regularmente que me ajudam bastante com conselhos, orações... Eles dizem que oram por mim, que eu vou melhorar, para eu aguentar firme, que vai passar. É difícil se apegar à ideia de que você vai melhorar quando você está no olho do furacão. Eu tento sempre pensar: ‘Eu já sobrevivi a tanta coisa, vou passar por mais essa, vai dar tudo certo’. Mas é muito difícil, porque dá desespero. Você acha que aquilo vai ser a sua vida, que é um beco sem saída. Mas, mesmo assim, essas pessoas com quem eu converso me ajudam muito.

O inferno é saber que são fases, que vai haver épocas em que eu vou ficar mal, que eu não vou poder trabalhar, fazer o que eu gosto... Essa imprevisibilidade é muito limitadora. Mas, enfim, agora estou numa fase

boa e isso é muito bom.”

Assim como aconteceu no caso de Amanda, o transtorno bipolar se manifesta, geralmente, no final da adolescência, entre 17 e 20 anos de idade. É uma doença essencialmente hereditária. Quem tem um parente de primeiro grau com transtorno bipolar tem aproximadamente 9% de risco de desenvolver a doença, quase dez vezes mais que a população em geral.⁸⁰ Depois do autismo, a bipolaridade é o transtorno mental com maior carga genética. Entre as pessoas que chegam a desenvolver a doença, de fato, calcula-se que 70% a 80% da origem do transtorno se deva aos genes. Os outros 20% a 30% são atribuídos a fatores externos, como as grandes perdas da vida (lutos e separações), os traumas de infância (agressões físicas, abandono, negligência, abuso sexual), o uso de drogas (maconha e cocaína, principalmente), o consumo imprudente de outras substâncias estimulantes, como inibidores de apetite anfetamínicos, e o uso de antidepressivos sem acompanhamento médico adequado.

Segundo a psiquiatra Doris Moreno, a humanidade também vem perdendo importantes fatores de proteção à saúde mental, nos últimos anos, em função do estilo de vida que vem sendo adotado pela maioria das pessoas, e isso tem contribuído para o desencadeamento do transtorno bipolar. A desvalorização do sono é um deles. “A humanidade nunca ficou acordada de madrugada como temos ficado nos últimos anos. O ser humano não está adaptado ao ritmo de vida que temos hoje. Não é porque agora nós achamos legal ir dormir cada vez mais tarde e cada vez menos horas que o nosso DNA vai mudar de repente e o corpo vai se adaptar a isso. Os bipolares, principalmente, não suportam essa mudança. Crianças e adolescentes que já têm predisposição genética para a bipolaridade e que ficam acordadas até de madrugada acabam manifestando a doença mais cedo”, diz. O fato de as famílias estarem se tornando cada vez mais nucleares – compostas apenas pelos pais (muitas vezes, apenas a mãe) e filhos, sem o suporte dos avós, tios, tias, madrinhas e padrinhos – também deixa as crianças mais vulneráveis à influência das mães. Se elas são bipolares, as crianças ficam expostas a toda irritabilidade e inconstâncias emocionais típicas do transtorno. As agruras do convívio, combinadas à herança genética da doença, podem contribuir para o desencadeamento da doença nesses filhos.

Por causa do caráter hereditário do transtorno, muitas mulheres portadoras da bipolaridade vivem um dilema em relação a ter ou não ter filhos. Essa é, sempre, uma escolha pessoal da mulher. Amanda, por exemplo, tomou a decisão de não tê-los. “Eu percebi que, no meu caso, não dá. Há momentos em que viver é muito difícil para mim. Quem vai

cuidar dos meus filhos quando eu tiver deprimida? É uma decisão muito racional, no sentido de que eu não tenho condições de ter uma criança e também não quero correr o risco de passar o transtorno adiante.” Já Patrícia, dona de casa, hoje com 50 anos, decidiu ter um filho aos 38, depois de já ter feito dois abortos. “Quando era mais jovem, acabei abortando porque não tinha condições de criar uma criança. A minha família também tinha muitas preocupações em relação a isso – como ficariam os remédios da bipolaridade durante a gravidez, as chances de a criança também ter o transtorno, além do fato de eu ter miomas [*tumores benignos*] no útero que poderiam dificultar a gestação... Cheguei a ir a um ‘aborteiro’ na gravidez do meu filho. Mas quando o médico viu que eu estava hesitante, me perguntou se eu queria ter a criança. Eu disse que sim e ele, então, falou que, se fosse da minha vontade, ele mesmo faria o parto do meu bebê. Foi uma história muito bonita. Eu quis muito ter o meu filho. Durante muito tempo, enquanto eu não estive bem medicada, não consegui ser exatamente a mãe que gostaria. Levá-lo na escola era difícil, eu não conseguia monitorar direito o que ele estava comendo... Tudo era pesado... Me sentia tão mal por causa da doença que, todos os dias, tomava uma caixa de cerveja antes do almoço e outra antes do jantar. Mas, hoje, com a medicação acertada, é ao meu filho que eu dedico a maior parte do meu tempo. Acordo diariamente às 5h30 para levá-lo à escola com a maior alegria. Quero muito vê-lo crescer bem. Meu filho me dá muita força.” A recomendação médica nos casos em que uma mulher portadora do transtorno bipolar deseja ter filhos é que ela discuta isso com o psiquiatra antes de engravidar, e não quando já estiver esperando o bebê. Com planejamento, é possível preparar o terreno para que a mulher tenha uma gestação saudável. O médico avaliará os riscos e benefícios de manter parte da medicação durante a gravidez. Alguns remédios podem ser tomados, com baixo risco para a saúde do neném, e mantêm o benefício de proteger a mãe de uma nova crise durante os nove meses de gestação. Outros, como os anticonvulsivantes carbamazepina e valproato, são terminantemente proibidos, por causarem má formação fetal.

Via de regra, os bipolares chegam aos consultórios dos psiquiatras em depressão. Na mania, estão eufóricos demais para se considerarem doentes. “Pois naturalmente ‘sentir-se bem’ não é motivo de queixa – as pessoas apreciam isso, têm prazer com essas sensações, que são o polo mais distante da queixa”,⁸¹ pondera o neurologista Oliver Sacks. A não ser que “percebam algum indício de que há ‘algo errado’”, “seja graças ao conhecimento”, “seja pelo próprio excesso de excesso”. “Assim, embora um paciente dificilmente vá reclamar por sentir-se ‘muito bem’, pode

desconfiar caso se sinta ‘bem demais’.”⁸² Mas, na maior parte das vezes, os portadores da bipolaridade perdem a autocrítica na fase de mania e acabam avaliando a euforia como uma melhora do quadro depressivo. Quando os médicos são procurados na fase maníaca da doença, geralmente o paciente foi conduzido ao consultório pela mão de um familiar, que se deu conta de que a irritabilidade excessiva, as brigas sem motivo e as encrencas em que o parente passou a se envolver repentinamente sinalizam que algo está fora do eixo. Não é raro também que cheguem ao consultório em função de outros transtornos frequentes entre bipolares. Consumo exagerado de álcool e drogas, ataques de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), fobia social e bulimia, muitas vezes, são só a ponta do novelo que, uma vez desenrolado, levam à descoberta da bipolaridade. O transtorno do pânico, por exemplo, é oito vezes mais frequente entre bipolares que na população em geral e o TOC, cinco vezes mais comum entre os portadores da bipolaridade.

Há ainda certa confusão entre o transtorno bipolar e o transtorno de personalidade *borderline*. São duas perturbações mentais diferentes, mas que compartilham alguns sintomas em comum. Bipolares e *borderlines* sofrem com grandes oscilações de humor, são impulsivos, costumam exagerar no consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, desenvolvem relações pessoais conturbadas e, frequentemente, têm comportamentos suicidas. No transtorno bipolar, no entanto, esses comportamentos se apresentam em fases bem marcadas da doença, durante os episódios de mania ou depressão ou nos estados mistos. No intervalo entre essas fases, essas características e atitudes tendem a desaparecer. Já no *borderline*, fazem parte de um padrão contínuo de comportamento, porque a personalidade da pessoa, o seu jeito de ser é marcado pela instabilidade de humor e uma forte impulsividade. A combinação dessas características centrais com uma sensação crônica de vazio, dependência emocional em relação às outras pessoas e um enorme medo de ser abandonado, resulta, muitas vezes, em comportamentos perigosos e autodestrutivos, como o uso de drogas, a prática de sexo sem proteção e as tentativas de suicídio, também frequentes entre os bipolares. Mas as motivações de ambos são diferentes. Em linhas gerais, pode-se dizer que os comportamentos de risco do *borderline* são motivados pela necessidade de chamar a atenção das pessoas amadas ou de agradá-las, para não ser abandonado (seu maior medo), ou são reações a situações em que ele já se sente rejeitado (mesmo que não tenha sido de fato). Já nos bipolares, é o aumento de energia e a sintonia com coisas prazerosas (na mania) ou a falta de vontade de viver (na depressão) que conduzem a comportamentos nocivos. Em ambos, a

impulsividade os impede de ter controle sobre seus atos perigosos.

Se a doença bipolar é deixada a seu próprio curso, os episódios de mania e depressão tendem a se tornar cada vez mais frequentes. O transtorno vai, aos poucos, tornando-se mais maligno. Há diversas hipóteses que explicam essa evolução. Alguns estudiosos acreditam que, a princípio, a doença seria desencadeada por uma reação exagerada do cérebro a estímulos externos – uso de drogas e outros estimulantes, eventos traumáticos de vida... – em pessoas geneticamente predispostas à bipolaridade. E, uma vez acionado o gatilho da doença, haveria uma sensibilização do cérebro que levaria ao desencadeamento espontâneo de novas crises, sem a necessidade de estímulos externos. Outra linha de estudos propõe a hipótese de que a doença se agravaria com o tempo porque as próprias consequências do transtorno o retroalimentariam – o rompimento de laços afetivos e familiares, a interrupção dos estudos, os tropeços na carreira, o uso de drogas e as noites em claro produziriam impactos psíquicos e cerebrais que acelerariam o relógio biológico da bipolaridade.

Mas existem hoje remédios capazes de atenuar esse padrão de evolução da doença. As medicações disponíveis para o tratamento do transtorno bipolar conseguem evitar o número de recaídas em até 80%, no prazo de um ano. Os tratamentos farmacológicos reduzem a frequência e a gravidade das manias e depressões, evitando hospitalizações frequentes, tentativas de suicídio e permitindo que a vida das pessoas acometidas pela bipolaridade sofra menos sobressaltos. Uma fase de mania não medicada dura de três a seis meses, geralmente; com remédios, é controlada em um mês a um mês e meio. A depressão não tratada pode durar até um ano; com a medicação, é possível dominá-la em dois meses. Se o médico consegue acertar a medicação e a dosagem exata para o paciente, o corpo dele responde bem ao remédio e a pessoa segue o tratamento à risca, há pessoas que ficam até uma década sem ter nenhum episódio maníaco ou depressivo. “Embora ainda não haja cura para o transtorno bipolar, os remédios tornam a doença mais benigna, ao longo do tempo”, explica Beny Lafer. Patrícia só conseguiu se acertar com a medicação para a bipolaridade há três anos, apesar de fazer tratamentos psiquiátricos desde a adolescência. Ela afirma: “A medicação correta mudou a minha vida da água para o vinho. Antigamente, eu nunca tinha uma história com começo, meio e fim para contar. Era tudo cheio de *ups and downs* [altos e baixos]. E isso me cansava muito. Só agora, que estou estabilizada, tenho conseguido fazer as coisas com continuidade e me sinto mais no controle da minha vida. Estou sentindo que dá para levar uma vida normal”.

Como muitos portadores da bipolaridade, Patrícia recebeu outros

diagnósticos até ter seu transtorno corretamente identificado e tratado. Durante muito tempo, foi medicada como se tivesse apenas depressão. Esse é um engano comum, sobretudo em serviços de saúde menos especializados. E traz riscos. O uso isolado de antidepressivos, em pessoas com transtorno bipolar, pode induzir quadros de mania. A pessoa passa a ter insônia, fica acelerada e a euforia vem à tona. A mania induzida por antidepressivos costuma ser mais leve que o quadro de euforia espontâneo da doença, mas ainda assim, sempre que uma pessoa chega ao consultório médico com sintomas de depressão, o especialista precisa investigar ativamente a possibilidade de esse quadro depressivo ser parte de um transtorno bipolar.

Mesmo que seja difícil distinguir um quadro de depressão pura de uma depressão bipolar, o psiquiatra tem alguns elementos que o ajudam a identificar essa diferença. Se os sintomas aparecem precocemente (antes dos 20 anos de idade), o quadro é de uma depressão atípica (com excesso de sono, em vez de insônia; ganho de peso, em vez de emagrecimento), vem acompanhado de irritabilidade acentuada, envolvimento com álcool e drogas e histórico de transtorno bipolar ou casos de suicídio na família, a luz vermelha se acende. É preciso ter muita cautela para receitar antidepressivos a uma pessoa deprimida com essas características, porque há indícios de bipolaridade. Estima-se que 10% a 20% de todas as pessoas consideradas deprimidas são, na verdade, portadoras do transtorno bipolar.

A base do tratamento do transtorno bipolar são os estabilizadores de humor. O lítio, primeira substância usada no tratamento da bipolaridade, a partir dos anos de 1970,^{17*} ainda é considerado o melhor remédio para o controle da doença. Ele é o único estabilizador de humor que consegue tratar, ao mesmo tempo, as fases de mania e depressão, evitar recaídas e diminuir os riscos de suicídios. Outros estabilizadores são menos completos, agindo somente nos episódios maníacos ou nas fases depressivas, e têm menor potencial preventivo para comportamentos suicidas. Mas o lítio apresenta uma série de efeitos colaterais – pode causar ganho de peso, náuseas, tremores, problemas renais e na tireoide, dificuldade de concentração e memória, além de uma lista enorme de outros efeitos – e não é bem tolerado ou eficaz para todos os bipolares. Nesses casos, outros remédios, bem associados, também podem controlar o transtorno. Eles também têm efeitos colaterais, mas algumas pessoas se adaptam melhor a eles.

O tratamento medicamentoso da bipolaridade é uma equação complicada, em que os remédios são escolhidos de acordo com o grupo de sintomas específicos de cada paciente, a gravidade da doença, a fase do

transtorno em que se encontra, entre outros fatores. Mas, via de regra, usa-se, nos períodos de depressão, um estabilizador de humor (ocasionalmente, acrescenta-se um antipsicótico e um antidepressivo); na mania, um estabilizador de humor mais um antipsicótico (nunca um antidepressivo) e, fora das crises, apenas um estabilizador de humor (ou a combinação de dois deles) para prevenir novos episódios da doença. Sim, mesmo quando tudo parece bem, via de regra é preciso tomar a medicação continuamente, para manter a doença sob controle, sobretudo no caso da bipolaridade tipo 1, o transtorno em sua forma clássica e mais grave.

No livro *Uma mente inquieta*, a psicóloga Kay Jamison apresenta uma sarcástica e bem-humorada lista de dicas para se dar bem com o lítio, que reproduzimos a seguir:

Normas para a aceitação sem tropeços do lítio na sua vida⁸³

- *Esvazie o armário de remédios antes que cheguem convidados para jantar ou que namorados novos venham passar a noite.*
- *Lembre-se de devolver o lítio para o armário no dia seguinte.*
- *Não se envergonhe com sua falta de coordenação ou sua incapacidade de se sair bem nos esportes que no passado praticava sem dificuldade.*
- *Aprenda a rir do fato de derramar café, de ter a assinatura vacilante de alguém com oitenta anos e de não conseguir pôr um par de abotoaduras em menos de dez minutos.*
- *Sorria quando as pessoas brincarem a respeito de achar que “precisariam estar tomando lítio”.*
- *Concorde, com um ar de inteligência e convicção, quando seu médico lhe explicar as inúmeras vantagens do lítio na eliminação do caos na sua vida.*
- *Seja paciente enquanto espera por essa eliminação. Muito paciente. Releia o Livro de Jó. Continue a ser paciente. Considere a semelhança entre as expressões “ser paciente” e “ser um paciente”.*
- *Procure não se deixar irritar pelo fato de você não conseguir ler sem esforço. Encare isso com serenidade. Mesmo que conseguisse ler, provavelmente não se lembraria da maior parte.*

- *Adapte-se a uma certa falta de entusiasmo e vitalidade que você tinha antes. Procure não pensar em todas as noites vibrantes que você já passou. Talvez fosse melhor não ter passado aquelas noites mesmo.*
- *Sempre tenha em mente como você está melhor. Todos os outros sem dúvida salientam esse ponto com suficiente frequência e, por irritante que seja, é provável que seja verdade.*
- *Seja grato. Nem mesmo chegue a considerar a hipótese de parar de tomar o lítio.*
- *Quando você parar, ficar maníaco e entrar em depressão, espere ouvir dois temas básicos da sua família, dos seus amigos e terapeutas:*
 - *Mas você estava se saindo tão bem. Simplesmente não entendo.*
 - *Eu disse que isso ia acontecer.*
- *Reabasteça seu armário de medicamentos.*

O psiquiatra Beny Lafer ressalta que, apesar de todos os efeitos colaterais causados pela medicação e mesmo que os remédios tirem da pessoa o vigor das fases de euforia (motivo de muitas pessoas não quererem se tratar), o tratamento medicamentoso é fundamental. “O médico precisa ter uma ótima relação com o paciente para conseguir mostrar a ele que a doença vai fazê-lo perder muito mais coisas do que os efeitos colaterais dos remédios. Lidar com relações machucadas, com a inconstância no trabalho ou com o sofrimento interno pode ser muito mais difícil que lidar com tremores ou ganho de peso. E não são todas as pessoas que têm efeitos colaterais. Para as que têm, o médico vai tentar otimizar o tratamento, ajustando dosagens, trocando a medicação ou sugerindo mudanças de hábitos que amenizem o problema. Mas o importante é ter em mente que a pessoa está sendo mais ajudada com o tratamento do que prejudicada com os efeitos colaterais”, pondera.

São úteis no tratamento da bipolaridade ainda as chamadas sessões de psicoeducação – encontros com os pacientes ou suas famílias, onde são fornecidas informações básicas sobre a doença, explicações sobre o tratamento e sugestões de como lidar com sintomas e comportamentos problemáticos decorrentes do transtorno. Esses cursos costumam aumentar a adesão aos remédios, diminuindo o número de recaídas da doença. Um estudo realizado por pesquisadores espanhóis e publicado na revista especializada *Archives of General Psychiatry*, da Associação Médica

Americana, comparou o número de novos episódios de mania, hipomania, depressão e estados mistos, entre 120 pacientes bipolares devidamente medicados que participaram de 21 sessões de psicoeducação em grupo, ao número de recaídas em pacientes que só se tratavam com remédios, sem participar de encontros educativos. O resultado foi que, durante o período dos encontros, o percentual de pacientes com recaídas foi 22% menor no grupo que participou das sessões de esclarecimento sobre a doença. Dois anos depois, o número de recaídas foi reavaliado e o efeito das aulas se manteve: o percentual de pessoas com novas crises foi 25% menor entre aqueles que participaram dos encontros.⁸⁴ “A psicoeducação melhora o entendimento sobre a doença e aumenta a eficácia do tratamento”, afirma Beny Lafer.

Os cursos educativos dedicados às famílias de portadores do transtorno bipolar explicam, por exemplo, que as crises de mania ou depressão não se instalam da noite para o dia – a euforia vai se estabelecendo ao longo de dias ou semanas e a fase depressiva pode ir chegando de soslaio, durante meses, até que sintomas mais graves venham à tona. É nesse período o momento ideal para procurar ajuda, e não quando a pessoa já está psicótica ou sem conseguir sair da cama. Se o paciente e sua família pedem auxílio no começo da recaída, fica mais fácil para o médico agir, evitando que os sintomas evoluam e, assim, contenha a crise. Quando uma fase de euforia está se anunciando, é comum que o bipolar durma menos horas que o habitual sem se sentir cansado, fique mais falante, cheio de si, agitado, disperso e irritadiço. E, antes que a depressão se instale de mala e cuia, é comum que a pessoa passe a evitar situações sociais, mesmo que seja com os amigos próximos, tenha insônia ou mais dificuldade de sair da cama, sintam-se mais cansada, além de mais ansiosa e preocupada que o normal.

Pesquisadores da USP, junto com especialistas de outros países, elaboraram um *Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar*, com o objetivo de orientar familiares e outras pessoas que convivem com portadores da doença. Na cartilha, eles ensinam a identificar situações que funcionam como “gatilhos” para desencadear novos episódios do transtorno – momentos de grande tensão, sejam eles bons ou ruins (a perda de um emprego ou uma promoção na empresa, um casamento ou um divórcio, o nascimento de um bebê ou uma mudança de casa, por exemplo); noites maldormidas; quebras de rotina, em função de viagens ou festas; excesso de estímulos externos (trânsito, barulho, multidões); consumo de substâncias estimulantes, como café e bebidas alcoólicas; e conflitos familiares ou no trabalho. Mapeando os gatilhos, os familiares podem ajudar seus parentes bipolares a evitar aquilo que for possível –

estabelecer horários mais ou menos fixos para dormir e acordar, manter uma rotina básica, diminuir ou até cortar o consumo de café e álcool. E, quando não for possível evitar a fonte de estresse, o familiar pode orientar seu parente a aliviar a pressão, praticando exercícios (de preferência pela manhã), conversando com alguém sobre suas aflições ou fazendo alguma atividade manual, por exemplo. O guia também antecipa dificuldades que surgem no relacionamento entre os familiares e o portador do transtorno e orienta a família a seguir comportamentos que são difíceis de colocar em prática, mas um tanto necessários de perseguir: “Não pare de dar apoio à pessoa apenas porque aparentemente ela não está melhorando, apreciando ou retribuindo seus esforços. Enquanto a pessoa estiver deprimida é difícil apreciar seja o que for. No entanto, ela poderá ainda necessitar de seu apoio”,⁸⁵ recomenda-se.

A psicoterapia também melhora os resultados do tratamento. Enquanto os remédios estabilizam o humor – desaceleram, quando preciso; dão energia, quando necessário –, a terapia é o que ajuda a pôr ordem nas emoções, pensamentos e atitudes, atribuir sentido a tudo isso, construir aprendizados e desenvolver autocontrole. No relato de sua experiência pessoal, Jamison fala da complementaridade entre os dois recursos: “Nenhum comprimido tem condições de me ajudar com o problema de não querer tomar comprimidos. Da mesma forma, nenhuma quantidade de sessões de psicoterapia pode, isoladamente, evitar minhas manias e depressões. Eu preciso dos dois”.⁸⁶ Diferente do que acontece no tratamento de algumas perturbações da mente, a ajuda psicológica não é capaz de, sozinha, resolver o problema do transtorno bipolar.

Com todo o sofrimento que o transtorno bipolar pode causar, essa é uma doença sem par no sentido de proporcionar experiências prazerosas, intensas e grandiosas como nenhuma outra faz. Ao levar as pessoas aos limites da vivência humana, permite-lhes tocar em sensibilidades que a maior parte da humanidade jamais experimentou. Ao alterar o ritmo e o conteúdo dos pensamentos, pode dar origem a ideias e associações únicas. Não é lenda que a doença seja especialmente comum entre artistas e grandes líderes. O fato de as pessoas portadoras da bipolaridade percorrerem a vida em todos os seus limites e de experimentarem um nível de energia e impulsividade impossíveis de sustentar na normalidade faz de alguns deles grandes realizadores, capazes de criações e feitos que ficam marcados na história. Estudos biográficos de artistas e escritores mostram que a incidência do transtorno bipolar é dez a vinte vezes maior entre eles que na população em geral.⁸⁷ O pintor holandês Vincent Van Gogh, o

compositor alemão Robert Schumann e o poeta americano Ezra Pound são apenas alguns dos grandes expoentes da arte mundial ditos bipolares, segundo especialistas que examinaram a fundo suas trajetórias pessoais, histórias de família, correspondências e produções artísticas. A psiquiatra Doris Moreno analisa: “O transtorno bipolar é uma doença que muda a humanidade para o bem e para o mal. Tanto grandes artistas quanto ditadores sanguinários conhecidos de todos eram, ao que tudo indica, portadores da bipolaridade. De alguma maneira, creio que a humanidade precisa da sensibilidade, criatividade, ousadia e obstinação deles”, diz. Reconhecer a unicidade do transtorno bipolar e os desdobramentos positivos que pode ter não significa revestir a doença de *glamour* ou considerar um privilégio tê-la. “As chances de se combinar genialidade com a abundância de energia da bipolaridade é mínima. É raro que a doença frutifique de maneira grandiosa. Em geral, se não tratado, o transtorno causa muito sofrimento e pode ter consequências desastrosas”, ressalva Doris. Desse ponto de vista, tratar-se e juntar-se ao resto da humanidade parece uma boa opção.

TESTE DE BIPOLARIDADE

O questionário⁸⁸ a seguir é a versão em português do *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ), o instrumento mais utilizado no rastreamento de transtorno bipolar em todo o mundo. O resultado positivo do teste significa que a pessoa que o respondeu tem chances aumentadas de ter o transtorno. Por isso, se o seu teste der positivo, é recomendado que você procure um médico. Ele poderá fazer uma avaliação completa do seu caso e realizar um diagnóstico preciso. Não tome medicamentos que não foram prescritos exclusivamente a você.

Questionário de Transtornos de Humor

1. Já ocorreu algum período na sua vida em que seu jeito de ser mudou?
E que... SIMNÃO

...você se sentia tão bem ou tão para cima a ponto das outras pessoas pensarem que você não estava no seu jeito normal, ou você estava tão para cima a ponto de se envolver em problemas?

...você ficava tão irritado a ponto de gritar com as pessoas ou começava brigas ou discussões?

...você se sentia muito mais confiante em você mesmo do que o normal?

...você dormia menos que de costume e nem sequer sentia falta de sono?

...você falava muito mais ou falava mais rápido que o seu normal?

...os pensamentos corriam rapidamente em sua cabeça ou você não conseguia acalmar sua mente?

...você se distraía com tanta facilidade com as coisas ao seu redor, a ponto de ter dificuldade em manter a concentração ou o foco em uma atividade?

...você ficou muito mais ativo(a) ou fez muito mais coisas que de costume?

...você se sentia com muito mais energia que o seu normal?

...você ficava mais dado com as pessoas e mais expansivo que o seu normal, por exemplo, telefonava para os amigos no meio da noite?

...você ficava mais interessado em sexo que o normal?

...você fazia coisas que não eram comuns para você ou que faziam

...você fazia coisas que não eram comuns para você ou que faziam outras pessoas pensarem que você era exagerado, bobo ou se arriscava mais?

...gastar dinheiro causava problemas para você ou para sua família?

2. Se você marcou SIM em mais de uma das perguntas acima: várias delas ocorreram durante o mesmo período de tempo? *Por favor, circule apenas uma resposta:*

SIM

NÃO

3. Até que ponto o seu problema o afetou – como sentir-se incapaz de trabalhar, ter dificuldades com a família, com dinheiro ou problemas com a Justiça, envolver-se em discussões ou brigas? *Por favor, circule apenas uma resposta:*

Nenhum problema

Problema pouco grave

Problema mais ou menos grave

Problema muito grave

Resultado

Positivo: se você respondeu “sim” a sete ou mais questões; se vários dos comportamentos que você identificou nas respostas afirmativas ocorreram durante o mesmo período de tempo; e se essas atitudes causaram problemas “mais ou menos graves” ou “muito graves”.

Negativo: se você respondeu menos de sete questões; se vários dos comportamentos que você identificou nas respostas afirmativas não ocorreram na mesma época; e se suas atitudes não lhe causaram “nenhum problema” ou resultaram apenas em problemas “pouco graves”.

Fonte: *Revista Brasileira de Psiquiatria*

Notas

[13*](#) O terceiro capítulo deste livro é inteiramente dedicado ao tema da depressão, abordada lá como um transtorno em si, não como uma fase da doença bipolar.

[14*](#) Até a década de 1980, o transtorno bipolar (o tipo 1, clássico) era chamado de psicose maníaco-
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

depressiva. A nomenclatura foi alterada depois que se constatou que nem todos os pacientes apresentavam sintomas psicóticos (delírios e alucinações).

[15](#)* A entrevista foi realizada em novembro de 2011.

[16](#)* Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900), influente filósofo alemão do século XIX.

[17](#)* Os efeitos do lítio no controle da bipolaridade foram descritos, pela primeira vez, em 1949. Contudo o uso da substância no tratamento do transtorno bipolar só foi difundido a partir do início da década de 1970.

Esquizofrenia – o mundo pelas lentes de um caleidoscópio

O ano de 1996 não foi dos melhores para Elisa, 43 anos. Tendo acabado de se formar em administração de empresas, aos 27 anos de idade, estava desanimada com a escolha profissional que fizera. Seis meses após concluída a faculdade, estava ainda sem trabalhar. Sentia-se perdida, sem saber o que fazer da vida. Estava cansada e para baixo também. O pai sofrera um AVC, sete anos antes, acumulava sequelas e vinha se debilitando de pouco em pouco. Foi duro para a família ver um homem ativo e com qualidades intelectuais admiradas tornar-se uma pessoa dependente de cuidados e seriamente deprimida por suas limitações. Elisa pensou, então, que mudar de ambiente por algum tempo seria bom para tentar encontrar um norte em relação à carreira e tomar novo fôlego para seguir lidando com as dificuldades familiares. Juntou suas economias e decidiu passar um ano na Califórnia, Estados Unidos, estudando inglês e melhorando sua fluência na língua. Quem sabe, faria depois uma pós-graduação que lhe apontasse novos rumos na vida profissional. Partiu para os Estados Unidos em janeiro de 1997, logo depois de seu aniversário de 28 anos. Estava animada. Mas, alguns meses depois, passado o entusiasmo inicial com a vida no outro país, começou a se sentir muito nervosa, agitada e com a sensibilidade à flor da pele. Tudo ao seu redor – pessoas, conversas, barulhos – lhe chamava a atenção. Passou a ter dificuldade de se concentrar nas aulas. Afastou-se dos amigos que recém fizera e perdeu dias de curso, pois se sentia mais confortável em casa. Ficou ainda mais abalada emocionalmente ao receber a notícia de que o pai falecera, no Brasil. Era o mês de agosto. Elisa não teve forças para viajar às pressas para o velório. Mas resolveu retornar ao seu país em outubro daquele ano, dois meses antes do que havia planejado. Assim que chegou à sua cidade, ela procurou um psiquiatra. Pensava estar deprimida. Depois de ouvir a paciente, o médico receitou-lhe um antidepressivo e disse que, se

ela não melhorasse, haveria a possibilidade de reavaliar o quadro e trocar o remédio. Elisa sentiu-se um pouco melhor. Passou a virada do ano no Brasil, com a família, e, no começo de 1998, resolveu voltar aos Estados Unidos para concluir o curso de inglês e ver se vingava o projeto da pós-graduação. Pouco tempo depois de pisar em solo estrangeiro novamente, no entanto, a jovem voltou a ficar mal. Dessa vez, foi tomada por uma forte sensação de estranheza. Elisa tornou-se muito perceptiva às pessoas por quem passava na rua. Um olhar mais demorado em sua direção lhe enchia a cabeça de perguntas: “Será que essa pessoa me conhece? Será que eu a conheço? Por que ela está olhando dessa maneira para mim?”. As dúvidas e o incômodo não passavam. Elisa sentia-se perseguida. Tinha medo de todos ao seu redor e preocupava-se seriamente com sua integridade física. Apavorava-se diante de fatos casuais: “Um dia, recebi telefonemas de uma pessoa perguntando se eu estava alugando um quarto, que preço eu cobraria, se podia visitar o local... Eu não tinha colocado nenhum anúncio no jornal, morava num *studio*,^{18*} não tinha quarto para alugar... Provavelmente, foi um simples engano, mas eu comecei a fantasiar um monte de coisas. Na minha cabeça, a ideia de que algo ruim estava prestes a me acontecer era muito real. Fiquei aterrorizada”, conta. Sentindo-se insegura, ela retornou mais uma vez ao Brasil, três meses depois de partir. E, tão logo chegou ao país, voltou ao psiquiatra. O médico, então, mudou a análise a respeito de seu quadro de saúde: “Com base nos novos sintomas que eu estava descrevendo e no meu histórico familiar – há três pessoas na minha família com esquizofrenia – ele disse que eu estava tendo delírios de perseguição e desenvolvendo a mesma doença dos meus familiares. Como eu vi uma pessoa do meu convívio íntimo adoecer de esquizofrenia, fiquei bastante assustada. Esse meu familiar não aceitou que precisava se tratar e passou a viver numa realidade paralela. Com medo de passar pelo mesmo processo, comecei logo a tomar a medicação antipsicótica que o médico prescreveu e, em três meses, as ideias de perseguição haviam desaparecido por completo. O problema é que o remédio tinha um efeito colateral de ganho de peso muito forte. Eu fiquei com um apetite inexplicável. Engordei dez quilos em quatro meses. E aí parei de tomar o medicamento. Foi um erro. Um mês depois de interromper o uso do antipsicótico, eu já estava completamente alucinada de novo.

Todas as ideias de perseguição voltaram. Eu estava morando

sozinha nessa época. Minha família tinha acabado de se mudar para São Paulo, em função de um tratamento de saúde da minha mãe, que estava com câncer. No estado em que eu me encontrava, tornou-se perigoso para mim ficar só. Eu andava na rua sempre achando que alguém estava me seguindo. Ficava olhando para trás. Quando a sensação era muito forte, saía da calçada e andava pela rua, correndo o risco de ser atropelada. Em casa, ouvia vozes me xingando: “Sua inútil!”. Dialogava com elas. E ficava apavorada, porque olhava em volta e não via ninguém. Atormentada por todas essas sensações e pensamentos, eu não conseguia providenciar algo para comer. Às vezes, passava um dia inteiro tomando só café com leite. Emagreci muito, cheguei a ficar anêmica. De tão assustada, eu também não conseguia dormir direito. Passei várias noites em claro. Fiquei refém de mim mesma. Durante dois meses e meio, fui definhando. Tinha os olhos vidrados. O porteiro do meu prédio começou a estranhar o meu comportamento, uma prima também me viu e ficou assustada... Nesse ponto, um tio meu avisou a minha família sobre o meu estado. Meu irmão mais velho agiu rápido. Entrou em contato com o meu médico, eles conversaram e, juntos, decidiram me internar numa clínica, em São Paulo. Acompanhada do meu irmão, do psiquiatra e de dois enfermeiros, fui levada de avião de uma cidade para a outra. Sedada, porque estava completamente desorientada, agitada, fora da realidade. Na clínica, assim que abri os olhos, tive uma alucinação. Enxerguei o rosto do meu pai no lugar do rosto do médico que estava ao meu lado. Era apavorante tudo aquilo. Mas logo comecei a ser medicada e fui melhorando. Meu irmão me visitava sempre na clínica, e isso também me deixava mais segura. Minha mãe não conseguia me visitar, por causa do tratamento dela, mas nós nos falávamos diariamente, por telefone. Em pouco mais de um mês, recebi alta. Saí de lá já sem as ideias de perseguição, sem ouvir vozes e sem me sentir acuada pelos delírios e pelas alucinações. Mas, claro, altamente fragilizada, triste, deprimida. Isso era inevitável...

Os cinco anos seguintes foram os mais difíceis. Eu fiquei completamente perdida, insegura, sem conseguir tocar a vida direito. Fazia alguns cursos livres para me manter ocupada, mas não tinha iniciativa para procurar trabalho, não sabia o que fazer. Após o surto, tive muito medo de não voltar a ser eu mesma. Quer dizer, de alguma forma, eu nunca vou voltar a ser eu mesma, porque tenho as lembranças de tudo o que me aconteceu, de como

eu perdi a razão, dos absurdos que eu tomei como verdade, das coisas desconexas que falei... Isso faz parte da minha história. Mas o meu maior medo era me tornar uma pessoa inválida, não conseguir mais trabalhar, ficar para sempre perdida nos meus devaneios... Hoje, estou contente, porque consegui retomar a minha vida. Estou há seis anos num emprego que eu gosto. Trabalho no setor de recursos humanos de uma empresa. Em 2009, fiz uma pós-graduação relacionada à minha atividade no trabalho. É fundamental, para mim, estar ativa e fazer parte de alguma coisa, porque assim eu me sinto viva, útil. Além de me sentir produtiva trabalhando, a relação com os meus colegas de trabalho é algo que me faz muito bem. É legal saber que eu sou querida por eles – no meu último aniversário, eles fizeram um cartão com mensagens de todo mundo, superbacana.

Ultimamente, tenho estado bem comigo mesma. Tomo o remédio, há 13 anos, sem problema nenhum. Me adaptei melhor ao antipsicótico que eu uso desde a internação do que ao medicamento que havia tomado antes. De lá para cá, não tive mais nenhum surto. Me consulto semanalmente com o meu psiquiatra, para acompanhamento. É o mesmo que me atendeu na clínica. E faço um trabalho de terapia cognitiva também, porque noto que tive uma pequena perda da minha capacidade de concentração. Não é nada que me atrapalhe no trabalho, mas sinto que fiquei um pouco mais distraída, às vezes repito uma pergunta que já fiz, coisas do tipo... Então, uma vez por semana, me encontro com uma terapeuta ocupacional com quem jogo xadrez, gamão, enfim, atividades que me estimulam a manter o foco. E é uma coisa prazerosa, que eu gosto de manter.

Perder a noção da realidade foi uma experiência horrorosa. Ser internada com pessoas que eu achava ainda mais malucas que eu não foi nada agradável também. Mas, olhando para trás, acho que a minha família fez o mais sensato. Me levar para uma clínica foi o jeito que eles encontraram de me proteger e a maneira de eu receber tratamento logo para poder ficar boa. Aconteceu. E passou... Está tudo bem agora. Hoje estou com a doença sob controle e levando uma vida tranquila”.

A esquizofrenia é o transtorno mental que mais se aproxima do imaginário coletivo sobre a loucura. Uma doença que turva a razão, desconecta as pessoas da realidade, cria mundos imaginários, apresenta-se em surtos e deixa marcas indeléveis na vida de quem é

acometido por ela e de quem está à sua volta. Um problema que atinge 1% da população mundial. Quase 2 milhões de pessoas apenas no Brasil.⁸⁹ Entre elas, Elisa. O caso de Elisa retrata um padrão clássico de como a esquizofrenia surge na vida das pessoas, aos poucos e de maneira nebulosa, para depois vir à tona com tudo, exibindo a face inconfundível da insanidade. Na infância, não há nenhum sinal definitivo da doença. A criança pode ter um comportamento completamente normal – ser sociável, alegre, dar-se bem com os familiares e ir bem na escola. Em alguns casos, até apresenta certas características peculiares – demora mais para andar, é tímida ou excessivamente agitada e tem alguma dificuldade escolar –, mas são elementos que pouco indicam, pois podem estar presentes na vida de qualquer menino ou menina saudável. Os primeiros sinais de que algo está realmente errado surgem, geralmente, no final da adolescência ou no início da vida adulta, entre os 15 e os 30 anos de idade. Essa é a fase que antecede o primeiro surto, chamada pelos médicos de *pródromo*. Pode durar meses ou anos e é caracterizada por uma série de sintomas que causam uma sensação de estranheza na própria pessoa e naqueles que estão à sua volta. É muito comum a pessoa sentir-se inquieta, tensa e desconfiada. Ela fica com a sensação de que está com a sensibilidade aflorada, percebendo coisas ao seu redor que antes passavam despercebidas e que ninguém mais nota. Passa a ter dificuldades para se concentrar, porque essas percepções excessivas a distraem. Todas as coisas “estranhas” em que começa a reparar parecem lhe dizer respeito. Elisa, por exemplo, cismava que pessoas por quem nutria certa antipatia reuniam-se para falar mal de si e tramar algo contra sua pessoa. “Não tem lógica, mas, quando você está doente, faz o maior sentido”, ela explica. Ao falar repetidamente sobre suas desconfianças aos amigos, a jovem cansou de escutar que devia estar com a cabeça “cheia de minhocas” por não estar trabalhando e faltar-lhe um objetivo na vida. Mas, na verdade, o que ocorre é o processo contrário: por estar cheia de confusões e receios na cabeça é que a pessoa se recolhe, acuada – frequentemente, interrompe os estudos ou o trabalho, ainda nessa fase antes do surto. Quando isso acontece, é comum que ela passe a maior parte dos dias sozinha, no quarto, pensando, lendo ou escrevendo. Por causa dos sintomas de introspecção e falta de iniciativa, é muito frequente que casos de esquizofrenia em fase inicial sejam confundidos com quadros de

depressão. A pessoa parece estar desmotivada e sem energia, como alguém depressivo, mas, na verdade, está alheia ao mundo à sua volta porque seu universo interior se encontra em ebulição. Os especialistas no tratamento da esquizofrenia acreditam que essa fase reclusa anterior ao surto tem por trás não só o objetivo de proteger a pessoa do que ela teme, mas de permitir a busca de explicações para todas as suas dúvidas, estranhamentos e suspeitas. Muitas vezes, nesse período, ela começa a se interessar por temas religiosos, assuntos místicos ou astronômicos que possam trazer uma resposta para suas interrogações. É nesse momento que está se formando a crença central de suas fantasias. Elas virão à tona mais adiante.

As “teorias conspiratórias” e os seres imaginários que compõem o senso comum sobre a loucura estão mesmo entre os principais sinais de manifestação da esquizofrenia. Eles são o que os médicos chamam de sintomas psicóticos. Ocorrem principalmente nos momentos de crise aguda – os surtos – e podem ser de dois tipos: as *alucinações* e os *delírios*. Alucinações são as sensações falsas que o sujeito com esquizofrenia tem. Ele ouve vozes, vê pessoas e coisas, sente gostos e cheiros que não são reais, embora tenham todas as características de vozes, pessoas, coisas, cheiros e gostos de verdade. A alucinação auditiva é a mais comum dessas sensações ilusórias. O jurista alemão Daniel Paul Schreber (1808-1861), considerado o louco mais célebre da história da psiquiatria e da psicanálise, por ter se tornado um dos famosos casos de Sigmund Freud, descreveu com riqueza de detalhes, em sua autobiografia *Memórias de um doente dos nervos*, o que eram as vozes que ouvia, os tormentos que elas lhe impunham e os comandos sacrificantes que lhe davam. A descrição a seguir se refere ao segundo surto de Schreber, quando ele esteve internado na clínica psiquiátrica da Universidade de Leipzig (Alemanha):

Certa ocasião entraram em minha cabeça, na qualidade de almas, para nela encontrarem seu fim, 240 beneditinos de uma só vez. [...] Todas essas almas apareciam na minha cabeça na qualidade de “vozes”, de um modo mais ou menos indiferenciado, sem que nenhuma soubesse da presença da outra. Qualquer pessoa que não pretenda considerar toda essa exposição como mero produto doentio de minha fantasia[19](#)*

poderá avaliar a confusão desesperadora que surgia na minha cabeça. Entretanto nessa época as almas ainda tinham pensamento próprio e por isso eram capazes de dar informações do maior interesse para mim e também podiam responder a perguntas, ao passo que agora, já desde muito tempo, todo o discurso das vozes consiste apenas em uma repetição espantosamente monótona das mesmas frases (aprendidas de cor) que retornam continuamente. [...] Além dessas almas, que se davam a conhecer como indivíduos, sempre se apresentavam ao mesmo tempo outras vozes, que vinham a ser a própria onipotência de Deus, em instâncias cada vez mais elevadas, às quais as citadas almas individuais pareciam servir de postos avançados.

[...] Totalmente cortado do mundo externo, sem qualquer relação com minha família, só nas mãos de rudes enfermeiros, com os quais brigar de tempos em tempos me fora tornado, por assim dizer, um dever pelas vozes interiores, como prova de minha coragem viril, não podia portanto surgir em mim nenhum outro pensamento que não o de que qualquer outro tipo de morte, por mais terrível que fosse, seria preferível a um fim tão ignominioso. Decidi então dar um fim à minha vida com a morte pela fome, recusando qualquer alimento, ainda mais que as vozes interiores diziam-me que era de fato meu dever morrer de fome, por assim dizer, desse modo, oferecendo-me a Deus em sacrifício, e que o prazer de cada refeição, que meu corpo no entanto exigia continuamente, era uma fraqueza indigna. A consequência disso foi a organização do chamado “sistema de alimentação”, isto é, os enfermeiros que me cercavam, essencialmente sempre os mesmos – além do citado R., um certo H. e ainda um terceiro cujo nome ignoro – à força introduziam-me a comida na boca, o que às vezes acontecia com a máxima brutalidade.⁹⁰

Diferente das alucinações, que são sensações irreais, os delírios são as ideias fantasiosas nas quais as pessoas com esquizofrenia acreditam e que outras pessoas não conseguem dissolver com

argumentos, raciocínio lógico ou evidências. Quando os delírios são muito absurdos, do tipo “os marcianos estão atrás de mim” ou “a antena de TV do vizinho está comandando meus pensamentos”, é fácil para as outras pessoas identificá-los. No entanto, quando são plausíveis – “os vizinhos dão risada de mim” ou “o porteiro do prédio me persegue” –, fica mais difícil distinguir o que é fantasia e o que é realidade. Essa é, aliás, a principal dificuldade da pessoa com esquizofrenia, principalmente quando está em surto. Ela não consegue diferenciar o que são as verdades criadas por sua cabeça do que é a realidade compartilhada pelas pessoas ao seu redor. E sempre prevalece a crença nas suas ideias delirantes, que acabam guiando o modo como ela se comporta e interpreta as atitudes alheias.

Há vários *tipos de delírio*. O mais comum de todos são as ideias fantasiosas de *perseguição*, que atormentaram Elisa. É a famosa *paranoia*. Os delírios persecutórios provocam comportamentos arredios, de medo. A pessoa pode ficar demasiadamente assustada, desconfiada, ou assumir uma postura defensiva, podendo reagir com irritação a pequenas contrariedades – em sua cabeça, ela está se resguardando de uma agressão. Já as ideias delirantes de *grandeza* fazem a pessoa se achar importante, poderosa, e assumir uma postura de quem sabe mais do que os outros. Rodrigo, um rapaz do interior de Minas Gerais que passa os dias realizando atividades ocupacionais e de socialização na ala psiquiátrica de um hospital, gaba-se de ter tido como babá, quando criança, ninguém menos que Lady Di. Ele se descreve como alguém paciente, que suporta quase tudo nas pessoas, menos falta de cultura. A esquizofrenia pode produzir também delírios com conteúdos *místicos e religiosos*: é comum, nesses casos, que a pessoa acredite ser um enviado de Deus com alguma missão importante na Terra. Rodrigo crê que tem outra vida paralela à existência terrena – perguntada a sua idade, ele diz ter 27 anos no registro civil, mas 47, como “arcanjo cigano”. Há ainda os delírios de *influência* – o esquizofrênico acha que pode ter seus pensamentos, atitudes e até o funcionamento de seus órgãos comandados por outro alguém, via hipnose, sinais de rádio, satélite ou *chips* implantados em seu corpo –, além dos delírios de *ciúme* – a esposa do engenheiro Jorge, portadora do distúrbio, fica com a pulga atrás da orelha toda vez que liga para o telefone de seu escritório e ele não atende, por estar em alguma reunião.

Acontece que, apesar de os delírios e as alucinações serem os sinais mais evidentes da esquizofrenia, eles não acometem todas as pessoas portadoras da doença. Os sintomas psicóticos são marcantes no tipo mais comum do transtorno, a chamada esquizofrenia paranoide, que representa, aproximadamente, metade dos casos. Nos demais quadros da doença, os sintomas psicóticos não são tão presentes. Além disso, há outros transtornos mentais, como depressão, bipolaridade, alcoolismo e dependência de drogas, que podem causar delírios e alucinações, nos casos mais graves. Portanto, os sintomas psicóticos não são suficientes para definir a esquizofrenia. É preciso estar atento a outros elementos para identificar corretamente a doença.

A *desorganização do pensamento* é uma característica importante do transtorno. A pessoa com esquizofrenia não tem distorcidos apenas os conteúdos das ideias, como se nota nos delírios. A forma como seu pensamento se estrutura também se encontra, muitas vezes, alterada. Sobretudo nos momentos de crise, a fala de uma pessoa com esquizofrenia pode ser difícil de acompanhar, porque reflete um pensamento desconexo: os assuntos se misturam, emendando cacos do começo de uma história com fragmentos de outra e finalizando com outro tema completamente sem ligação com o primeiro. Em português direto: ela não diz nada com nada. O grau de organização do pensamento varia de uma pessoa para outra. Elisa, por exemplo, expressa-se muito bem. Passado o único surto que teve da doença, recuperou seu discurso claro e bem concatenado. Mas, nos casos mais extremos, a pessoa fica tão confusa e a comunicação torna-se tão difícil que ela evita falar. Isso ocorre com indivíduos que têm a chamada esquizofrenia catatônica (20% dos casos, estima-se).

Compõem ainda o quadro da esquizofrenia os chamados *sintomas negativos*. Eles são assim denominados porque indicam que alguma coisa está em *falta* – o *ânimo* e a *afetividade*, no caso (por analogia, os *sintomas psicóticos* são também chamados “*positivos*”, porque se referem a elementos que estão em excesso: visões, vozes e pensamentos delirantes). Os sintomas negativos são mais duradouros que os sintomas positivos. Permanecem depois que o surto é controlado, na forma paranoide da doença, e predominam nos casos de esquizofrenia em que a pessoa não tem muitos delírios e alucinações. A pessoa tende a apresentar um quadro típico de *apatia*. Se ainda estava estudando ou trabalhando,

deixa de frequentar as aulas e abandona o emprego, passa a acordar sempre tarde e perde o interesse até pelas atividades mais cotidianas, como conversar com a família ou organizar o próprio quarto. Falta-lhe vontade, disposição e iniciativa para tudo. Assim como a introspecção da fase do pródromo, essa apatia que se instaura depois que a doença foi desencadeada também pode ser confundida com um caso de depressão. Mas os quadros depressivos e de esquizofrenia só são próximos na aparência. Embora as pessoas que sofrem dos dois transtornos fiquem apáticas e sem energia, o sujeito com esquizofrenia, em geral, não expressa a angústia e o sofrimento que o deprimido demonstra. E essa diferença tem relação com outro sintoma negativo da esquizofrenia, que os médicos chamam de *embotamento afetivo*. A pessoa acometida pela esquizofrenia costuma demonstrar certo distanciamento emocional – fala de coisas muito alegres ou muito sofridas de forma indiferente. É capaz de sentir raiva, medo e alegria, claro, mas tem *difficuldade de expressar essas emoções*. Seu rosto é pouco expressivo, e sua voz, monótona, o que confere ao seu discurso um tom plano. A fala impessoal do sujeito que tem esquizofrenia dá a impressão de ele estar contando a história de outra pessoa, e não de si mesmo. Ele é capaz de falar sobre coisas que o atormentam muito – “a minha mente está sendo lida e controlada”, por exemplo – sem demonstrar angústia. Ou falar sobre questões familiares sensíveis, na mesa do café da manhã, como se estivesse fazendo um comentário banal sobre o pão. “Ele não tem noção do quanto aquilo afeta emocionalmente as pessoas, porque ele próprio perdeu a capacidade de expressão afetiva, em função da doença”, explica o psiquiatra Helio Elkis, coordenador do Programa de Esquizofrenia do Instituto de Psiquiatria da USP.

Além de ter dificuldade de demonstrar seus sentimentos, o sujeito com esquizofrenia pode apresentar certa *ambivalência afetiva*. Está alegre, mas age como se estivesse com raiva. Sente-se triste, mas ri. Não se trata de um caso de dupla personalidade, de alguém que ora age de um jeito, ora de outro. O indivíduo esquizofrênico tem dificuldade de adequar suas expressões emocionais ao seu estado de espírito, num mesmo momento. A pessoa portadora da esquizofrenia é, por definição, alguém a quem faltam nexos. É justamente essa desconexão que dá nome à doença: *eskizo*, em grego, significa “divisão” e *phrenos* quer dizer “mente”. Esquizofrênicos são pessoas com mentes divididas. Nos casos mais

leves, pode-se dizer que suas mentes sofreram apenas “pequenas rachaduras”. Nos quadros mais graves, no entanto, têm o pensamento, as emoções e as atitudes tão fragmentados quanto os pedacinhos de vidro que compõem um caleidoscópio.

Há ainda uma série de comportamentos difusos típicos da esquizofrenia. Agitação, irritabilidade e insônia são comuns e costumam surgir, sobretudo, nos períodos anteriores aos surtos, quando o sujeito fica muito confuso e preocupado com as estranhezas que se passam em sua cabeça. Já a agressividade, apesar de estar presente em algumas pessoas acometidas pela doença, sobretudo nos momentos de crise, é revestida de certo mito. A maior parte dos pacientes com esquizofrenia – afirmam categoricamente os médicos – não é agressiva. Ao contrário, eles costumam ser passivos além da conta. “É uma ideia equivocada e estigmatizante a de que pessoas com esquizofrenia são violentas”, afirma o médico Leonardo Palmeira, pesquisador do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, membro da Sociedade Internacional de Pesquisa em Esquizofrenia e um dos autores do livro *Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento*. Algumas pessoas acometidas pelo transtorno têm ainda o hábito de falar sozinhas (podem estar dialogando com as vozes e pessoas imaginárias que povoam sua imaginação), riem sem motivo e cultivam algumas manias – repetem hábitos rígidos para se alimentar, tomar banho, sair de casa, etc. O uso compulsivo de cigarros e outras drogas também é frequente. Acredita-se que o hábito de fumar tenha a ver com o fato de a nicotina ser estimulante, atenuando os sintomas negativos da doença. Já o uso de maconha e de bebidas alcoólicas, também muito comum, ajuda a aplacar a ansiedade dos momentos mais desorganizados ou muito atormentados por delírios e alucinações. O índice de suicídios também é alto – cinco vezes maior que na população em geral.⁹¹

Na base da esquizofrenia, existe um problema físico de desconexão entre os neurônios. O cérebro das pessoas acometidas pela doença apresenta falhas de comunicação entre as células nervosas. Essas falhas provocam erros na forma como os sujeitos recebem e interpretam as informações do mundo externo e também de seu universo interior. São como curtos-circuitos que ocorrem no cérebro e distorcem a sua percepção da realidade, fazem ouvir vozes que não existem e ver coisas onde não há, desorganizam seu pensamento lógico, comprometem sua atenção e sua memória,

deixam bagunçadas as suas emoções e, por toda essa confusão mental, acabam produzindo no sujeito a sensação de que ele não dá conta das demandas do mundo adulto e o levam a ficar retraído e apático.

Essas falhas de comunicação no cérebro vão se formando ao longo do desenvolvimento do indivíduo, da infância até a adolescência. O que acontece normalmente no cérebro de todas as pessoas, nesse período, é que vão se formando conexões entre os neurônios que os permitem “conversar entre si” para repassar informações sobre sensações, aprendizados, sentimentos, memórias e estímulos de toda sorte. Quando o sujeito chega à adolescência, há, normalmente, mais conexões neuronais em seu cérebro do que ele precisa de fato. Ocorre aí, então, o ápice de um processo chamado *poda neural*. Assim como se cortam os galhos de uma árvore que estão prejudicando o desenvolvimento da planta, “cortam-se” as conexões neuronais que estão “sobrando” para que o cérebro continue a funcionar de maneira harmônica. Nas pessoas com esquizofrenia, no entanto, essa poda não acontece corretamente, por fatores genéticos, desequilíbrios na química cerebral e, possivelmente, por uma série de outros motivos ainda desconhecidos. O excesso de conexões entre os neurônios causa, então, os tais curtos-circuitos que fazem com que o sujeito interprete as informações de modo diferente, em relação às pessoas saudáveis, dando a ele uma característica confusa, fragmentada. “A esquizofrenia é, antes de tudo, uma doença da cognição”, diz o médico Leonardo Palmeira. Não é à toa que, quando o transtorno foi descrito pela primeira vez, no século XIX, pelo médico alemão Emil Kraepelin, recebeu o nome de “demência precoce”, em função das limitações intelectuais que Kraepelin considerava serem as características centrais do transtorno. A diferença é que hoje se entende que tais limitações cognitivas – nas esferas da memória, atenção, aprendizado, fluência verbal, planejamento, tomada de decisões e execução de tarefas – não são apenas resultado da doença, como se pensava nos primórdios, mas também a sua causa. “As alterações cognitivas não começam quando a pessoa entra em surto, elas antecedem a doença. São o ingrediente necessário para que o sujeito desenvolva a esquizofrenia”, explica Palmeira. Antes do surto, no entanto, tais alterações aparecem de maneira sutil e inespecífica demais para serem avaliadas como sinais de uma doença. Ironicamente, só são percebidas com clareza depois que a

pessoa já entrou em crise pelo menos uma vez e não restam dúvidas sobre seu diagnóstico.

Alguns estudiosos do transtorno acreditam que a ocorrência dos delírios e das alucinações esteja relacionada a essas alterações cognitivas que estão na base da esquizofrenia. No caso das alucinações auditivas, por exemplo, a hipótese mais aceita é a de que o sujeito com esquizofrenia percebe como vozes alguns de seus próprios pensamentos, em função dos tais curtos-circuitos neuronais. Ou seja, a alucinação auditiva seria uma vivência falsa, uma interpretação equivocada que o cérebro faz de uma ideia interna como se fosse uma voz externa. É um processo que os pesquisadores chamam de “sonorização do pensamento”. Já no caso dos delírios, a explicação é um pouco mais complexa. Por causa das limitações cognitivas típicas da doença, as pessoas com o transtorno têm uma grande dificuldade em focar a atenção numa única coisa. Tudo o que acontece em volta, por mais irrelevante que seja, as distrai. Um exemplo: enquanto estudantes não acometidos pelo transtorno conseguem acompanhar a explicação de um professor, sem perder o fio da meada, ainda que esteja no meio de tantas outras pessoas tendo conversas furtivas, mexendo-se em suas cadeiras e, eventualmente, levantando-se, o sujeito com esquizofrenia tem muitas dificuldades de selecionar o que é mais importante nesse cenário, de modo a conseguir acompanhar o raciocínio do professor. Uma pessoa qualquer que, ao se retirar da sala de aula, passe rente à sua mesa pode lhe roubar completamente a atenção, levando-o a pensar que há um motivo importante e obscuro por trás desse fato “inusitado” e ele começa a divagar sobre os significados desse acontecimento. Assim, iniciam-se as ideias delirantes. E o delírio que se originou com um problema de atenção passa, então, a ser enriquecido com o repertório de vida, as características de personalidade e as preocupações da pessoa naquele momento – se ela faz parte de uma família muito religiosa, por exemplo, pode achar que o sujeito que lhe atraiu a atenção, passando ao seu lado, precisa lhe entregar uma mensagem dos céus ou está lhe repreendendo por ter ficado muito inquieto durante a aula; ou, se se trata de uma pessoa com personalidade mais amedrontada ou que cresceu num ambiente hostil, pode imaginar que o indivíduo que passou ao seu lado está sinalizando que vai lhe fazer algum mal. E assim a trama delirante vai ganhando cada vez mais fios, tornando-se mais forte e mais convincente. O mesmo

vale para os estímulos internos: se uma ideia qualquer surge à mente de uma pessoa com esquizofrenia, no meio de uma conversa, pode ganhar uma importância desproporcional, mudar completamente a direção de seus pensamentos, fazendo-o embarcar no delírio e passar a agir conforme suas crenças delirantes. Esse processo pelo qual um fato ou uma sensação irrelevante é salientado, desviando a atenção do esquizofrênico e fazendo-o “fantasiar” a realidade, é o que os pesquisadores do assunto chamam de “teoria da saliência aberrante”, que, em parte, explica a formação dos delírios.

Do ponto de vista biológico, os delírios e as alucinações estão também relacionados ao excesso de uma substância, a dopamina, em partes específicas do cérebro. A dopamina é um dos chamados neurotransmissores, ou seja, um dos mensageiros químicos responsáveis por fazer a comunicação entre os neurônios. No cérebro das pessoas com esquizofrenia, essa substância encontra-se excessivamente ativa em áreas responsáveis pelas emoções e pelos cinco sentidos – audição, visão, olfato, tato e paladar. O excesso de dopamina nessas regiões ajuda a produzir sensações que não existem. “É como se o cérebro abrisse, espontaneamente, arquivos contendo imagens, cheiros ou gostos, sem que existam elementos reais com essas características diante da pessoa”, explica o psiquiatra Helio Elkis. Acredita-se que a dopamina seja também responsável por desencadear o fenômeno da saliência aberrante – o excesso dessa substância, em certas partes do cérebro, coloca uma lupa de aumento sobre detalhes totalmente irrelevantes da realidade, que acabam dominando o pensamento da pessoa com esquizofrenia e dão vida aos seus delírios.

Embora haja diversos fatores biológicos e genéticos relacionados às causas da esquizofrenia, sabe-se que o desencadeamento da doença depende também de fatores ambientais. Calcula-se que metade das causas se deva aos genes e a outra metade a fatores externos, como complicações na gravidez (diabetes gestacional e pressão alta), infecções que a mãe adquire durante a gestação (gripe e rubéola, por exemplo), agressões físicas e abuso sexual na infância e uso de maconha na adolescência. Viver em grandes cidades ou migrar na infância ou na juventude são também considerados fatores de risco para a esquizofrenia. Todos esses elementos ambientais vão deixando marcas no cérebro da pessoa, ao longo de seu desenvolvimento, que podem contribuir para

originar a doença. Acontecimentos estressantes – como a perda de alguém querido, como aconteceu a Elisa – podem também servir como a gota d’água que traz a doença à tona.

Da mesma maneira que ocorre nos demais transtornos mentais, nem os genes, nem os fatores externos são capazes de, sozinhos, desencadear a esquizofrenia. Prova disso é que há milhões de mães que já tiveram problemas na gravidez e seus filhos não desenvolveram esquizofrenia depois de crescidos (ou seja, o fator ambiental, isolado, não é suficiente). Há também muitos casos de irmãos gêmeos idênticos, ou seja, que possuem exatamente a mesma genética, em que apenas um deles desenvolveu a doença ao longo da vida (quer dizer: a genética, por si só, também não dá conta do recado). Pela observação de fatos como esses, sabe-se que precisa haver a interação entre fatores genéticos e ambientais para que a esquizofrenia seja desencadeada. Ter pais, irmãos, tios, primos ou avós com o transtorno não significa que o sujeito vá, obrigatoriamente, desenvolver o mesmo problema. Os riscos aumentam na seguinte proporção: na população em geral, a chance de ter esquizofrenia é de 1%; para quem tem um irmão com o transtorno, o risco sobe para 10%; se esse irmão for gêmeo não idêntico, o risco é de 18%; e, se for gêmeo idêntico, a chance sobe para 50%. Para quem tem os dois pais com esquizofrenia, as chances também chegam a 50%.⁹² Ou seja, se há uma pessoa com esquizofrenia na família, é o caso de ficar mais atento a mudanças de comportamento e procurar um médico quando elas surgirem. Mas não é o caso de temer a predisposição genética como se ela fosse uma sentença trágica.

O tratamento para a esquizofrenia é feito à base de remédios da classe dos antipsicóticos, que eliminam ou, ao menos, reduzem bastante os delírios e as alucinações. Em duas semanas, já é possível notar uma redução dos sintomas. E, em um mês e meio, eles conseguem tirar a pessoa do surto. No entanto, mesmo depois disso, é preciso seguir usando a medicação, para evitar recaídas. “Se o paciente toma os remédios corretamente, as chances de ter uma recaída são mínimas. Mas, se ele para de tomar, é quase certo que terá novas crises”, explica o psiquiatra Helio Elkis. A maioria dos pacientes consegue ter uma boa resposta aos remédios, apenas 30% são refratários aos antipsicóticos de primeira e segunda geração (os mais antigos, desenvolvidos nas décadas de 1950 e 60, e os mais novos, lançados a partir da década de 1980,

respectivamente). Para esses, há ainda uma última opção – o antipsicótico clozapina. Ele é altamente eficaz, mas apresenta um pequeno risco de causar alteração nos glóbulos brancos, as células sanguíneas responsáveis por fazer a defesa do organismo. Por isso, para usar a clozapina, o paciente com esquizofrenia precisa realizar exames de sangue semanais, durante seis meses, e quinzenais, após esse período, o que limita bastante o seu uso.

Mesmo nos casos em que os delírios e as alucinações não desaparecem completamente com o uso de remédios, há um ganho importante na qualidade de vida. Isso porque os sintomas psicóticos reduzidos já não são fortes o suficiente para atormentar tanto a pessoa com esquizofrenia e comandar seus comportamentos. E, com os sinais da doença amenizados, o indivíduo também tem mais chances de começar a desenvolver uma consciência sobre seus devaneios. Ou seja, ele pode até cogitar, por alguns instantes, que uma buzina do outro lado da rua, um comercial na TV ou um olhar mais demorado de um desconhecido trazem embutidas mensagens para si, mas, logo em seguida, é capaz de perceber que essas ideias são, na verdade, sintomas do transtorno. Assim, ele não se deixa influenciar pelos pensamentos distorcidos. É um processo que os médicos chamam de *insight sobre a doença* e ocorre, em geral, quando a pessoa já tem o transtorno há algum tempo. O filme *Uma mente brilhante*, citado por dez entre dez psiquiatras especializados no tratamento da esquizofrenia como exemplo de uma bela apresentação sobre a doença, retrata a trajetória de adoecimento do matemático John Nash, ganhador do Prêmio Nobel que teve sua excepcional carreira acadêmica interrompida por esse transtorno. Depois de anos vivendo num universo paralelo recheado de códigos secretos e agentes de espionagem, Nash aprendeu a distinguir os frutos de sua imaginação da realidade. O *insight* veio justamente de uma de suas visões: uma criança que o visitava sempre, sobrinha de um colega de faculdade igualmente imaginário. Quando o matemático se dá conta de que a menina nunca cresce, consegue perceber que ela não pode ser real. No final do filme, a um ex-colega de faculdade (esse, de verdade) que lhe pergunta se ainda tem alucinações, Nash diz: “As visões não foram embora e talvez nunca irão. Mas me acostumei a ignorá-las e elas acabaram desistindo de mim”.

Sessões de psicoterapia, fora dos momentos de surto, podem ajudar o indivíduo a desenvolver a capacidade de reconhecer os

próprios delírios. O tratamento psicológico também ajuda as pessoas com esquizofrenia a compreender e aceitar a doença, evitar as situações que resultam em recaídas e melhorar a adesão ao uso dos remédios. “Nos casos mais graves, nem sempre a pessoa chega a aceitar que tem uma doença, porque, mesmo fora do surto, os delírios dela continuam presentes e têm o peso da realidade. Mas se a psicoterapia conseguir fazer com que ela aceite as próprias limitações, independentemente do diagnóstico, e trabalhe para superá-las, já é um ganho enorme”, explica o psiquiatra Leonardo Palmeira. É trabalho do psicoterapeuta, por exemplo, ajudar o paciente a identificar os pensamentos, as sensações e situações que estão na origem de seus comportamentos ruins: o que o deixa irritado e agressivo? O que o angustia e faz fumar um cigarro atrás do outro ou dá vontade de usar drogas ilícitas? Que dificuldades, preocupações e medos o impedem de ajudar nas tarefas de casa, cuidar da própria aparência ou procurar um trabalho? O que torna difícil iniciar uma conversa com outras pessoas? A partir desse mapeamento, o profissional pode ajudar o paciente a bolar estratégias que lhe permitam desviar-se daquilo que resulta em atitudes nocivas. E, o mais difícil: colocar as estratégias em prática.

O filme *Uma mente brilhante* tem também o mérito de deixar claro algo fundamental para quem convive com uma pessoa acometida pela esquizofrenia: confrontá-la com suas próprias fantasias, além de não ajudar em nada, pode ter consequências desastrosas. Numa sequência do filme, quando John Nash é internado depois de surtar, sua mulher, Alicia, tenta convencê-lo de que o trabalho de decifrar códigos secretos em jornais para o governo americano não passava de um delírio. Para persuadi-lo, ela mostra os pacotes com as análises confidenciais do marido, que haviam permanecido intocados, durante anos, na caixa de correio que ele acreditava usar para se comunicar com um espião-chefe imaginário, o personagem William Parcher. Depois de colocar os pacotes sobre a mesa, Alicia diz calmamente, com todas as letras: “[Os envelopes] nunca foram abertos. Não é real. Não existe conspiração, John. Não existe nenhum William Parcher. Só na sua mente. Você compreende, amor? Você está doente”. Depois de ouvir a esposa, o matemático, atordoado, corre para o seu quarto no hospital psiquiátrico e faz um corte profundo no antebraço esquerdo. Ele não tinha a intenção de se matar, nem de chamar a atenção de ninguém. Queria apenas encontrar o *chip* que acreditava

ter sido implantado em seu braço, quando ingressou no “serviço secreto”. Nash precisava encontrar uma prova de que tudo o que vivera nos últimos anos era real. “Imagine de repente descobrir que as pessoas, os lugares e os momentos mais importantes para você não se foram, nem morreram, mas pior: nunca existiram. Que espécie de inferno seria?”, indaga o psiquiatra que tratou do matemático, no filme, ao descrever o que ele considera ser o maior pesadelo da esquizofrenia.

Na vida real, tentar mostrar a um indivíduo acometido pela esquizofrenia que o que ele pensa, ouve ou vê são apenas criações de sua cabeça também impedirá qualquer aproximação e tentativa de ajudá-lo. “Isso produzirá nele mais desconfiança ou um sentimento de que está desacreditado, sozinho no centro da conspiração que ele mesmo criou”,⁹³ escrevem os autores do livro *Entendendo a esquizofrenia*. Ao se sentir solitário, ele provavelmente deixará de partilhar suas suspeitas e teorias e ficará ainda mais suscetível às consequências de seus devaneios.

Embarcar no delírio, por outro lado, incrementando o enredo fantasioso com mais detalhes, também não é recomendado. A pessoa em surto caminhará para ainda mais longe em seu universo paralelo e ficará mais difícil resgatá-la de lá. Além disso, dar corda para os devaneios exigirá uma energia enorme das pessoas em volta, que precisarão viver em função de fantasiar a realidade. O comportamento indicado pelos especialistas é dar crédito às crenças do indivíduo apenas como forma de deixá-lo seguro e convencê-lo a se tratar, mas sem reforçar suas ideias infundadas.

A título de exemplo, a psicóloga Jônia Lacerda conta a história de uma família que conseguiu agir corretamente para cuidar de seu familiar, a partir do primeiro surto da doença que ele teve: “Certa vez, atendi a família de um rapaz que havia ido trabalhar em outra cidade, longe dos pais, e eles começaram a ficar preocupados porque não conseguiam mais contato com o filho. Os pais foram se informando com outras pessoas e descobriram que o rapaz estava com um comportamento estranho, achando que alguém o estava perseguindo e, por isso, não saía mais de seu apartamento. Eles, então, pediram que um tio do garoto, delegado, que morava na mesma cidade, tentasse falar com ele. Não deu outra: para o tio que trabalhava na polícia, o rapaz se abriu e contou toda a história fantasiosa da perseguição que o estava atormentando. O tio não questionou se nada daquilo era verdade. Apenas disse que não se

preocupasse porque ele tinha meios de protegê-lo. Pediu que o jovem deixasse o apartamento para que eles embarcassem num avião para a cidade da família. Os pais, então, buscaram o rapaz no aeroporto e o levaram prontamente ao psiquiatra. Só um mês depois, quando o jovem já estava com os sintomas controlados pela medicação, os familiares começaram a tocar no assunto de que ele havia adoecido, mas sem ficar apontando os delírios dele. Essa conduta vale inclusive para mim, como terapeuta. Para você ter uma ideia, tempos depois, quando esse rapaz já estava começando a tomar consciência sobre seus delírios, ele me perguntou: ‘Jonia, você tem absoluta certeza de que não tem um rádio na minha cabeça?’ Eu respondi: ‘Eu sei que para você tem’. Aí ele refez a pergunta: ‘Para você não?’. E eu disse: ‘Eu não escuto, mas eu sei que para você tem mesmo, né?’ Aí ele falou: ‘É. E tem até volume’. Aí eu expliquei para ele: ‘Pois é, eu sei que para você existe esse rádio na sua cabeça, mas, se você tomar o remédio corretamente, você também não vai mais ouvi-lo’. Eu nunca falei: ‘Não tem rádio nenhum, isso é um delírio’. Se eu faço isso, é fim de papo. A gente não consegue mais conversar”, explica a psicóloga. O caso desse rapaz deixa claro como o tratamento imediato, logo no primeiro surto, é crucial para que o sujeito tenha maiores chances de se recuperar. Se, nessa situação, a família tivesse apenas tranquilizado o jovem e o trazido para perto, sem levá-lo ao médico, ele provavelmente não teria uma melhora dos sintomas psicóticos e seu quadro teria se agravado.

Os remédios disponíveis hoje são muito eficazes para controlar os sintomas psicóticos, mas pouco contribuem para a melhora dos sintomas negativos da doença – a perda da vontade e da afetividade. De olho nessa lacuna do tratamento farmacológico, a indústria farmacêutica está, atualmente, concentrando seus esforços na criação de remédios capazes de atenuar esses sintomas negativos. Segundo o psiquiatra Helio Elkis, pode-se esperar que, em cerca de dez anos, essa nova classe de medicamentos comece a chegar ao mercado. Mas, à parte os remédios, já é possível lançar mão de outros recursos, no tratamento, que possibilitam a melhora dos sintomas negativos da esquizofrenia. Atividades desenvolvidas por terapeutas ocupacionais, por exemplo, ajudam a recuperar capacidades cognitivas, habilidades sociais e a motivação, proporcionando ganhos na autonomia, melhorando a organização da rotina, facilitando as relações em família e em sociedade e

dando um empurrão a mais para a volta ao trabalho e aos estudos.

A inclusão da família no tratamento, por meio de qualquer estratégia – orientações dadas pelo próprio médico, cursos educativos que oferecem informações detalhadas sobre a doença e grupos de terapia familiar –, melhora o ambiente doméstico e, assim, aumenta a adesão da pessoa com esquizofrenia ao uso dos remédios, reduz o número de recaídas e a necessidade de internação. “Os familiares precisam ser orientados tanto quanto o próprio paciente, porque o adoecimento mental é um fator de sobrecarga tão grande para eles, exige-lhes tanto emocionalmente, que, sem que eles percebam, acabam tendo reações que dificultam a evolução da doença”, explica a psicóloga Jônia Lacerda. A primeira reação da família tende a ser a negação do problema. Os parentes se apoiam na ideia de que a mudança de comportamento do familiar é algo passageiro – uma crise da adolescência ou uma fase de estresse. Quando notam que “o problema não está passando”, via de regra passam da negação à revolta: “Por que com a gente?”, perguntam-se. Esse tipo de postura acaba deprimindo a pessoa que adoeceu, pois ela se dá conta da dor que provoca em seus familiares. E acaba se desmotivando para aceitar a doença e o tratamento, pois quer apenas “voltar no tempo” para deixar de causar sofrimento às pessoas que tanto ama. A raiva dos familiares em relação ao adoecimento, muitas vezes, leva a apontar culpados entre si. Muitas brigas e desgastes ocorrem durante o longo caminho que leva à aceitação da doença. A orientação da família, portanto, é fundamental para que os familiares compreendam o que é a esquizofrenia, entendam que não são culpados pela doença, reorganizem suas expectativas em relação ao filho/filha, irmão/irmã, marido ou esposa que adoeceu e saibam como ajudá-lo, sem superprotegê-lo, massacrá-lo com cobranças excessivas ou desgastar-se além da conta (mais detalhes no capítulo *Como a família pode ajudar no tratamento*).

Jorge, o engenheiro citado no início do capítulo, viu a esposa ter o primeiro surto da esquizofrenia paranoide, aos 24 anos, quando já estavam casados. Convivendo com a doença desde 2002, ele já aprendeu bastante sobre o assunto e tornou-se um grande aliado do médico para mantê-la sob controle. Jorge relata: “Sei, pelo semblante da minha esposa, que ela não está bem. Se ela começa a ficar com o olhar muito distante, a andar pela casa arrastando os chinelos, a dizer que está com a cabeça confusa e me pede várias

vezes para buscar as crianças na escola, coisa que ela é quem faz, geralmente, já fico atento, porque pode estar vindo uma crise. Digo isso porque ela não tem muitos sintomas negativos da doença. Cuida da casa, leva as crianças à escola, à natação, à psicóloga... E é vaidosa, vai à academia... Terminou o curso de Direito mesmo depois de ter desenvolvido a esquizofrenia. Então, se ela começa a ficar muito amuada e descuida da aparência, sei que algo está errado. Converso com ela e ligamos para o médico, que nos orienta e avalia se é preciso alterar a dosagem da medicação. Devido a essa relação próxima que nós temos com o psiquiatra, a minha esposa não tem crises desde 2010. Ela teve apenas duas crises durante esses anos todos. Ambas foram em momentos de grande tensão nas nossas vidas. Na primeira, ela estava tendo muitas dificuldades para engravidar e ficou abalada por isso e, na segunda, um dos nossos filhos estava com um problema de saúde delicado. Ela não precisou ser internada em nenhum dos surtos, porque não ficou agressiva. Mas precisava de alguém cuidando dela 24 horas por dia, porque podia se colocar em risco sem querer. Eu já peguei a minha esposa no meio da rua durante a madrugada – ela disse estar seguindo orientações das vozes que ela ouvia. Então, não dá para descuidar nesses momentos. Mas, com os remédios, ela fica muito bem. Se ela sentar para conversar com você, você não diz que ela tem um problema sério como esse. É uma pessoa como outra qualquer”.

Com os recursos disponíveis hoje para tratamento, cerca de 60% dos pacientes com esquizofrenia conseguem ficar com os sintomas sob controle, viver bem com sua família e levar a vida com autonomia. Os outros 40% não têm um desfecho tão positivo – metade deles consegue manter-se longe dos surtos psicóticos, mas fica dependente dos familiares para as tarefas cotidianas e não consegue retomar uma vida produtiva, enquanto a outra metade persiste tendo crises e precisa ser internada de tempos em tempos.

A internação ainda é um assunto controverso, fonte de temor para as pessoas portadoras de transtornos mentais graves, como a esquizofrenia. Mas não há razão para isso. A conduta hoje é muito diferente da do passado, quando os recursos de tratamento eram praticamente inexistentes e o destino quase certo dos esquizofrênicos era ir e voltar pela “porta giratória” dos asilos e hospitais psiquiátricos, onde passavam anos de suas vidas. Hospitalizados, os pacientes recebiam dosagens altas de

medicamentos com efeitos colaterais fortes que deixavam a pessoa com os músculos rígidos e o corpo travado – o que rendeu aos primeiros antipsicóticos a alcunha de “camisa de força química”. A própria internação excessivamente prolongada acabava sendo nociva para o paciente. “A falta de estímulos para uma vida produtiva, a rotina manicomial, o distanciamento da família, a escassez de relações afetivas, enfim, o isolamento da sociedade e do mundo, tornavam os pacientes mais retraídos e apáticos, permitindo que os sintomas negativos da esquizofrenia se cronificassem. O retorno ao lar ficava mais difícil à medida que o tempo de internação se prolongava. Muitos pacientes relutavam em deixar os hospitais com medo da realidade distante que encontrariam lá fora”, escreveu o médico Leonardo Palmeira, em artigo publicado em seu site²⁰* *Entendendo a Esquizofrenia*, que, como o livro homônimo, dedica-se à orientação de familiares de pessoas portadoras do transtorno. Porém, hoje, o cenário é completamente outro.

Os antipsicóticos modernos não causam mais esses efeitos colaterais tão fortes, como rigidez muscular e sedação intensa. Seu principal efeito adverso é o ganho de peso, contornável com mudanças na dieta e a prática de atividades físicas. E, mesmo os remédios antigos, hoje são usados em doses mais baixas, que reduzem os efeitos colaterais. Atualmente, a internação se restringe aos momentos em que a pessoa com esquizofrenia oferece riscos à própria vida ou à integridade física dos que estão em volta – se está muito agitada, se começa a usar drogas que lhe fazem perder ainda mais o controle sobre seu comportamento, se para de se alimentar, ameaça colocar fogo na casa, tem ideias de suicídio, foge de casa com frequência, envolve-se em muitas brigas ou discussões na rua, passa a frequentar lugares violentos ou se relacionar com marginais, por exemplo. Se a pessoa está em crise e recusa se tratar, essa é também uma prerrogativa para a internação, pois, sem tratamento, seu quadro tende a se agravar, e as chances de ela se recuperar ficam reduzidas. Entende-se, então, que ela está colocando em risco a própria saúde. Em todos os casos, a internação costuma durar apenas um mês – o suficiente para tirar a pessoa da crise e permitir que ela continue se tratando em casa. “A maioria dos meus pacientes nunca precisou ser internada”, diz Elkis. “Eu, assim como os demais psiquiatras, evito ao máximo usar a internação, porque sei que é uma situação dramática. Mas,

infelizmente, às vezes, é uma medida necessária”, completa. Tão necessária quanto internar uma pessoa que está sofrendo um infarto ou um derrame. Não é agradável, mas ninguém discute a necessidade de hospitalizá-la. No caso da esquizofrenia, via de regra, é difícil convencer a pessoa de que ela precisa ser internada. Ela não se considera doente, justamente porque seu julgamento da realidade encontra-se prejudicado pelo transtorno. Por isso, a internação involuntária pode ser necessária, em alguns casos – sempre mediante recomendação médica, claro. E não deve ser fonte de culpa, considerada um ato de crueldade ou vista como má vontade da família em cuidar de seu ente querido. A internação, muitas vezes, é o cuidado necessário.

Os conhecimentos sobre a esquizofrenia e os recursos para lidar com a doença avançaram bastante nos últimos 50 anos. Avançaram tanto que, às vezes, surpreendem até os médicos que tratam do transtorno cotidianamente. O psiquiatra Helio Elkis relata: “Vira e mexe, quando um paciente diagnosticado com esquizofrenia consegue completar os estudos, volta a trabalhar e se casa, eu e meus colegas nos pegamos pensando: ‘Será que era esquizofrenia mesmo?’. É o tipo de pensamento que tem a ver com a formação que tivemos em outro tempo, quando o desfecho da doença era, via de regra, ruim. Hoje, ainda bem, sabemos que não é assim”.

Notas

[18](#)* *Studio*, em francês, é o nome que se dá ao apartamento de um só cômodo.

[19](#)* Schreber nunca aceitou ser portador de uma doença mental. Considerava-se “doente dos nervos, sim, mas não uma pessoa que sofre de turvação da razão”, conforme explica a tradutora de suas memórias, a psicanalista Marilene Carone.

[20](#)* O endereço da página de Leonardo Palmeira na internet é www.entendendoaesquizofrenia.com.br.

Mal de Alzheimer – quando, ao fim da vida, não se pode mais contar a própria história

Ernesto, 91 anos, sempre foi um sujeito esquecido. Ou melhor, distraído. “Avoado”, como dizem seus filhos. Do tipo que a vida inteira revirou a casa procurando os óculos de leitura, praguejando contra quem os teria “escondido”, até ser informado de que o dito cujo estava repousando sobre sua própria testa. Já foi até tradição, nas festas da família, recordar as histórias de seus esquecimentos, como a de um dia, quarenta anos atrás, em que saiu para fazer compras com seu caminhãozinho Ford, modelo F3, verde, esqueceu-se que fora motorizado e voltou de ônibus, carregando as sacolas. E o detalhe mais surpreendente da anedota: de dentro do coletivo, a caminho de casa, Ernesto ainda viu um caminhão estacionado na rua “muito parecido” com o seu e achou interessante a semelhança. Mas o veículo não era semelhante, era o mesmo. Ele, claro, só se deu conta quando chegou a sua casa e viu a garagem vazia. Episódios como esses se passaram quando Ernesto ainda era um homem ativo, forte e saudável, chefe de uma família de oito filhos, vários deles herdeiros de seu jeito aéreo de ser. Bem-humorado, quando passava o agastado da situação, ele costumava rir de si mesmo, reconhecendo que vivia mesmo no mundo da lua.

Justamente porque Ernesto fora sempre assim, desatento, sua família demorou a suspeitar que poderia haver algo errado com sua saúde, quando a memória começou a faltar-lhe de verdade, na velhice. Por volta do ano 2000, ele já contando 80 anos, foram ficando recorrentes os episódios em que saía de casa com o objetivo de comprar um ingrediente de última hora para o almoço e voltava sem nada, constrangido. Não conseguia se lembrar do que Lucia, filha que morava com ele à época, havia pedido. Nesse mesmo período, Ernesto adquirira o hábito de fazer a contabilidade de sua poupança, todos os dias, à tarde. Depois de muitas somas e subtrações, ele chegava sempre à mesma conclusão: as contas não fechavam. Passou a

desconfiar de que o gerente do banco o estava roubando. Vira e mexe, ia pessoalmente à agência bancária tomar satisfações da quantia da qual dera falta. Mas, o que se passava, na verdade, é que Ernesto não se lembrava das retiradas em dinheiro que havia feito nos últimos tempos. Até então, Lucia supunha que tais episódios eram nada mais que “esquecimentos normais da idade”. “Pensei que o envelhecimento tinha reforçado uma característica pessoal do papai, que sempre foi muito distraído”, conta.

O alarme soou em 2003, quando Lucia começou a notar que o pai não estava apenas esquecido, mas confuso. Ela lembra como se fosse ontem o dia em que ele foi servir-se o almoço e, a cada vez que descansava o prato na pia da cozinha para destampar uma panela, esquecia-se do que havia começado a fazer, voltando tudo do princípio. Quando Lucia se deu conta, o pai havia servido quatro pratos, todos iniciados e nenhum concluído. Por fim, se restava qualquer dúvida ou dificuldade em aceitar que algo estranho se passava na cabeça de Ernesto, elas foram por água abaixo no dia em que ele se pôs a fechar o portão de casa em cima do carro da filha, sem esperar que ela retirasse totalmente o automóvel da garagem.

Foi nesse ponto que Lucia passou a acompanhá-lo nas idas ao geriatra. Até então, Ernesto, sempre cuidadoso com a saúde, ia às consultas sozinho, a cada seis meses. Lucia soube, àquela altura, que o médico do pai começara a suspeitar de um quadro de demência e estava reunindo informações para o diagnóstico. Aproveitou a presença da filha para aprofundar as perguntas. Depois de algumas conversas, uma avaliação neuropsicológica completa, vários exames de sangue e uma tomografia computadorizada do cérebro, o geriatra comunicou a Lucia: “Os exames indicam que Ernesto sofre da doença de Alzheimer”.

O mal de Alzheimer é o tipo de demência mais comum em todo o mundo, respondendo por 60% a 70% dos casos desse grupo de doenças mentais que atinge essencialmente as pessoas com mais de 60 anos de idade. É muito conhecido pelas falhas de memória que provoca logo no início do quadro, mas a verdade é que acaba comprometendo todas as capacidades intelectuais da pessoa. O significado da palavra “demência” deixa isso bem claro: o termo, em latim, quer dizer “ausência de mente”. Ao fim de seu curso, que dura, em média, oito anos, a doença debilita também a saúde física do idoso.

Os sinais iniciais mais comuns do mal de Alzheimer são:

- Falhas de memória: a pessoa esquece onde guardou objetos, não consegue se lembrar de pagar contas dentro do prazo de vencimento e perde compromissos – marca com o filho de almoçar, por exemplo, e

não aparece. Ernesto, com seu bom humor típico, resumiu bem o que acontecia à sua memória no começo do quadro: “Eu costumo falar que eu não guardo as pessoas e as coisas, eu escondo”, disse à psicóloga que o avaliou para o diagnóstico. No princípio da doença, só a memória recente é afetada. Os fatos muito bem sabidos, como a data de aniversário do próprio casamento ou o nome e a fisionomia das pessoas mais próximas, permanecem intactos.

- Dificuldade de orientação espacial: a pessoa pode sofrer um apagão momentâneo – num dia qualquer, chega em casa muito atrasada para o jantar porque se perdeu no caminho de volta do trabalho, que ela faz rotineiramente. Ou, então, vai ao supermercado que tem o hábito de frequentar e, depois que sai de lá, não sabe mais onde está.
- Fuga de palavras: termos comuns desaparecem do vocabulário quando o sujeito se põe a falar e, às vezes, ele usa palavras inadequadas para substituí-los. Comunicar-se começa a ficar um pouco mais difícil para o idoso.
- Mudanças de personalidade: a pessoa que costumava ser bem-humorada mostra-se irritadiça, com pavio curto; o indivíduo que era extremamente reservado passa a se comportar de maneira desinibida e sociável. Em seu livro *O lugar escuro*, a escritora Heloisa Seixas conta a transformação que se deu no jeito de ser de sua mãe, nos primeiros anos da doença: “Aos poucos, ela se transformou no avesso de si mesma, deixando aflorar tudo que havia passado a vida negando ou escondendo. Onde havia liberalidade, surgiu um conservadorismo tacanho. A mulher seca foi dando lugar a uma pessoa manhosa, cheia de vontades, exigindo da filha e neta todos os abraços, beijos, carícias que nos tinham sido negados a vida toda. [...] E, de uma hora para outra, passou a exigir sempre a melhor parte do frango”.⁹⁴
- Sintomas depressivos: é frequente que idosos sejam levados ao médico por estarem melancólicos e, uma vez tratados com antidepressivos, melhoram os sintomas de depressão e ficam evidentes sinais de demência. A depressão é uma manifestação comum nos quadros iniciais de Alzheimer. Ao mesmo tempo, é fator de risco para a doença: pessoas

que tiveram episódios depressivos ao longo da vida têm as chances de desenvolver um quadro demencial aumentadas em 80%.⁹⁵

No princípio da doença de Alzheimer, os sintomas já começam a causar algumas dificuldades no cumprimento de tarefas do dia a dia e problemas de relacionamento, mas as pessoas acometidas ainda se mantêm independentes. Embora o avanço do transtorno varie muito de uma pessoa para outra, o primeiro estágio da doença costuma durar três anos.

Na fase intermediária do quadro, o idoso passa a ter dificuldades em acompanhar as conversas. Por isso, tende a ficar quieto quando está num grupo de pessoas, ou faz comentários que já não são tão ricos e pertinentes quanto antes. O declínio da memória recente se aprofunda, e ele já não é capaz de se lembrar de coisas prosaicas, como o que comeu no almoço do dia. Passa a ter dificuldade de reter o conteúdo que acabou de ver na TV ou leu no jornal. As histórias do passado, em compensação, ficam cada vez mais presentes. O doente de Alzheimer fala delas de forma vívida, como se estivesse sido transportado de volta a vinte, trinta, quarenta anos atrás. Na verdade, em sua mente, ele foi. Exatamente por isso, começa a perder a noção de tempo – engana-se ao dizer em que ano, mês ou dia está. Nesse estágio da doença, o idoso deixa também de reconhecer pessoas que não são de seu círculo mais íntimo de familiares, como genros e noras. A orientação espacial piora, e ele pode se perder até dentro de casa – abre a porta do armário imaginando que vai entrar em seu quarto, por exemplo, e fica bastante confuso. Surgem com mais frequência problemas de comportamento, como agressividade e desinibição sexual, além de alucinações e delírios. O sono fica alterado. A pessoa não consegue mais controlar o próprio dinheiro e lembrar-se de tomar remédios sozinha. Frequentemente, passa a precisar de ajuda para preparar as refeições, fazer compras, vestir-se e cuidar da higiene pessoal. Já não é seguro que ela more só. Foi em 2007, quatro anos após o diagnóstico, que a família de Ernesto se deu conta de que não era possível mais deixá-lo desacompanhado, nem por breves períodos. Ernesto esteve prestes a provocar um incêndio em casa enquanto tentava preparar um inocente escalda-pés para si. Confuso, encheu de água um balde de plástico e o colocou em cima do fogão. Teve sorte de uma neta tê-lo flagrado antes que ele acendesse o fogo. A partir daí, os filhos começaram a se revezar para fazer-lhe companhia, visitando-o sempre que possível ou levando-lhe para passar o dia em suas casas. O segundo estágio do mal de Alzheimer corresponde geralmente ao período que vai do terceiro ao sexto ano da doença.

Na fase grave, ou seja, do sexto ano em diante, as memórias mais antigas da pessoa se perdem. Na maioria dos casos, ela já não é capaz de reconhecer os próprios filhos ou de dizer o próprio nome. É nessa fase em que Ernesto se encontra. Quando se vê diante do espelho, balança a cabeça positivamente e dá um sorriso simpático, como se cumprimentasse algum passante na rua. Não consegue mais se distinguir diante do próprio reflexo. Como todas as pessoas que se encontram no estágio avançado da doença, Ernesto passa agora a maior parte do tempo na cama. Precisa de ajuda para se locomover, alimenta-se de caldos pastosos, pois tem dificuldades de deglutição, e pouco fala. Durante o dia, é ajudado por uma cuidadora profissional. À noite, enquanto dorme, tem sempre a companhia de algum dos filhos. Em certos momentos, mesmo sem se lembrar de todos eles, ainda consegue retribuir-lhes o afeto, dar gargalhadas e arrancar sorrisos da família. Mas perdeu a capacidade de contar a própria história. Descolou-se de sua identidade.

Afinal, que tipo de *eu* pode ser preservado em um homem que perdeu a maior parte de sua memória e, com ela, seu passado e seu ancoradouro no tempo? – pergunta-se o célebre neurologista inglês Oliver Sacks, em seu livro *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*. Ele mesmo responde, mais adiante: “Para sermos nós mesmos”, diz, “precisamos ‘rememorar’ a nós mesmos, rememorar o drama íntimo, a narrativa de nós mesmos. Um homem *necessita* dessa narrativa, uma narrativa íntima contínua, para manter sua identidade, seu eu”. “Cada um de nós é uma biografia, uma história”.⁹⁶

Para que não se criem preocupações desnecessárias, é preciso, já na largada, diferenciar os lapsos de memória que sinalizam o início da demência de Alzheimer, esse tipo de amnésia que leva consigo a história e a identidade de uma pessoa, daquilo que se costuma chamar de “esquecimentos normais da idade”, que surgem aqui e acolá sem mudar radicalmente o rumo final da vida de ninguém. Fazer essa distinção não é tarefa das mais fáceis nem para profissionais, quanto mais para a família e para a própria pessoa acometida. Mas os especialistas oferecem algumas orientações que ajudam a identificar quando algo está errado. Em primeiro lugar, é preciso observar se há *mudança* no comportamento. Pessoas que desde a juventude esqueciam onde colocavam as chaves, perdiam o carro no estacionamento, ou deixavam a água do café fervendo até secar porque se distraíam vendo TV provavelmente vão continuar fazendo essas coisas na velhice. Portanto, esse tipo de atitude não sinaliza um problema de saúde – denota muito mais uma falta de atenção que sempre existiu do que uma falha de memória que está surgindo com o avanço da idade. Isso

posto, é preciso observar se os *esquecimentos* deixaram de ser restritos às situações específicas de sempre e se tornaram *generalizados* no dia a dia da pessoa e *mais frequentes que o habitual*, assim como aconteceu com Ernesto. Aí, sim, é o caso de solicitar uma avaliação médica e psicológica.

Além disso, o que costuma ser referido pelas pessoas como “problema de memória normal da idade” é diferente da perda de memória do Alzheimer num quesito fundamental: o idoso saudável é capaz de se lembrar de fatos e informações recentes, se outra pessoa puxar para ele o fio da meada, adiantando alguns detalhes da história; já o idoso com Alzheimer não consegue recordar fatos recentes porque sequer chegou a registrá-los no cérebro. Por exemplo: o idoso saudável até pode se esquecer de dar o recado de um telefonema a um familiar, mas, se o parente lhe pergunta se alguém ligou, ele é capaz de responder (ainda que não se lembre de todos os pormenores do recado). Já um senhor ou senhora demenciado nem ao menos se lembrará de ter atendido um telefonema algumas horas antes.

A psiquiatra Rita Ferreira, diretora científica da Associação Brasileira de Alzheimer – Regional São Paulo (ABRAz-SP), explica que aquilo que percebemos como “perda de memória natural do envelhecimento” não é exatamente um processo de perda de memória. Trata-se, na verdade, de um processo de lentificação do raciocínio, que torna mais difícil para as pessoas com mais de 60 anos aprender informações novas e, então, registrá-las. Mas não há um defeito nos mecanismos cerebrais de memorização propriamente ditos. Se o idoso saudável tiver mais tempo para compreender e gravar dados inéditos que lhe são apresentados, será capaz de fazê-lo tão bem quanto um jovem. E se alguém lhe ajudar a selecionar o que é importante nas situações também. Explica o psicogeriatra Cássio Bottino, coordenador do Programa Terceira Idade, do Instituto de Psiquiatria da USP: “Se eu dou uma tarefa envolvendo habilidades de memória para um grupo de idosos e para um grupo de jovens, sem dar instruções antes, em geral, os jovens se saem melhor. Mas, se eu oriento os idosos anteriormente quanto ao que eles terão de fazer, o desempenho deles se aproxima do resultado dos jovens. O idoso precisa que alguém lhe contextualize as informações e lhe prepare para fazer as coisas, porque ele não tem mais a agilidade de um jovem para se situar diante de situações novas e, a partir disso, atingir metas rapidamente”.

O fenômeno biológico que, em parte, explica o fato de a atividade mental dos idosos ser mais lenta – e sua memória não ser tão eficiente quanto antes – é chamado de *desmielinização*. O termo se refere ao desgaste da bainha de mielina, uma camada de gordura que reveste os

prolongamentos dos neurônios, semelhante à capa isolante dos fios elétricos. A bainha de mielina é o que permite a condução rápida dos impulsos nervosos entre os neurônios, a uma velocidade de até 200 metros por segundo (o equivalente a 720 quilômetros por hora), tornando possível ao cérebro processar toda sorte de informações – cores, cheiros, gostos, números, raciocínios abstratos, emoções... – e também comandar movimentos do corpo, orquestrar o funcionamento de órgãos e glândulas, enfim, colocar em marcha todas as atividades do organismo.^{21*} A questão é: assim como um fio elétrico desencapado pode provocar curtos-circuitos, a bainha de mielina que está danificada também não funciona bem. Por isso, nas pessoas em idade avançada, quando ocorre o processo natural de desmielinização, a comunicação entre os neurônios fica mais lenta, fazendo com que os idosos se movimentem mais devagar, falem mais lentamente e – o que está em questão aqui – percam a agilidade do raciocínio e a prontidão da memória. Resumo da história: da mesma maneira como a pele, os músculos e as artérias perdem o vigor com o passar dos anos, também o cérebro perde parte de sua boa forma.

No entanto, o que acontece no cérebro das pessoas com a demência de Alzheimer é mais do que esse processo natural do envelhecimento. Embora não se conheça completamente o mecanismo causador da doença, sabe-se que, no cérebro das pessoas acometidas, vão se formando placas entre os neurônios, constituídas pelo acúmulo de uma proteína chamada *beta-amiloide*. Essas placas provocam um processo inflamatório no cérebro, resultando na perda da comunicação entre os neurônios e, por fim, na morte deles. Paralelamente, ocorrem lesões dentro das células neuronais, por causa da alteração de outra proteína, de nome *tau*. A tau compõe estruturas semelhantes a trilhos de trem, dentro dos neurônios, por onde são transportados nutrientes essenciais às células do cérebro. Um defeito na tau faz com que esses “trilhos” fiquem emaranhados, perdendo a capacidade de transportar os nutrientes e, então, leva à morte dos neurônios.

Esses dois processos de degeneração, dentro dos neurônios e entre eles, começam numa região do cérebro chamada hipocampo, responsável pela consolidação de novas memórias – por isso, no início da doença, ocorre apenas o esquecimento de fatos recentes. Depois, no entanto, as lesões vão se espalhando por todo o cérebro, destruindo até 65% dos neurônios.⁹⁷ Assim, pouco a pouco, a doença vai provocando também a perda das memórias antigas, prejudica todo o raciocínio e debilita a saúde física do sujeito. No idoso saudável, diferentemente, a morte de neurônios é mínima.

Embora essas distinções entre o envelhecimento saudável e os quadros de Alzheimer existam, fazer o diagnóstico desse tipo de demência não é simples. Primeiramente, o médico – que pode ser um geriatra, um psiquiatra ou um neurologista – precisa conversar com o idoso e com um familiar próximo a ele, para entender se as queixas de memória ou as mudanças de comportamento que levaram o paciente ao consultório são mesmo sinais de Alzheimer. Diante da suspeita, em geral, o especialista pede ao paciente que realize exames de sangue para descartar a hipótese de que haja outras doenças e alterações no organismo causando sintomas semelhantes ao Alzheimer – a carência de vitamina B12 e de ácido fólico, os quadros de sífilis e HIV estão entre eles.

Além dos exames de sangue, é realizada uma avaliação neuropsicológica, que consiste na aplicação de testes padronizados ao idoso, para analisar habilidades cognitivas como atenção, memória visual e verbal, linguagem, orientação espacial, planejamento e execução de tarefas. Muitas vezes, os familiares são incluídos na avaliação e respondem a questionários que buscam mensurar os prejuízos que o idoso vem tendo no cumprimento de tarefas do dia a dia. A avaliação neuropsicológica inclui cerca de 20 testes que, em geral, são realizados em duas a três sessões de uma hora e meia. Os exercícios são selecionados para cada pessoa, de acordo com a escolaridade dela e a atividade profissional que desempenhou ao longo da vida (mais ou menos exigente do ponto de vista intelectual). Assim, tenta-se evitar que um sujeito vá muito bem no teste simplesmente porque os exercícios eram fáceis demais para ele (ocorreria aí o “efeito teto”, como se diz no jargão dos psicólogos avaliadores) ou, ao contrário, que o paciente vá muito mal porque os exercícios eram muito complexos para seu nível de instrução (o “efeito solo”). Devidamente selecionados, os testes permitem indicar com boa precisão se a pessoa apresenta um declínio de suas faculdades mentais característico da doença de Alzheimer. A avaliação dos resultados também é feita com base na idade do sujeito e em sua escolaridade. Para pessoas mais velhas e com menos anos de estudos, esperam-se pontuações mais baixas. E vice-versa – um ex-presidente de empresas que atinge uma pontuação média, por exemplo, não tem um bom resultado, pois a vida inteira foi um sujeito que esteve acima da média.

Por fim, para completar o diagnóstico, o paciente é submetido a um exame de imagem do cérebro – uma tomografia computadorizada ou uma ressonância magnética. Os exames de imagem servem tanto para excluir a possibilidade de que tumores cerebrais estejam causando sintomas parecidos com as manifestações da doença de Alzheimer quanto para

confirmar o diagnóstico de demência. Geralmente, as pessoas que sofrem do mal de Alzheimer possuem a região cerebral do hipocampo atrofiada, com um tamanho desproporcional ao restante do cérebro.

Incentivar o familiar com mais de 60 anos de idade a procurar um médico assim que se começa a perceber falhas de memória e mudanças de comportamento sugestivos do mal de Alzheimer é a melhor atitude que se pode tomar pela própria pessoa e para os que convivem com ela. “O diagnóstico precoce permite que o tratamento seja iniciado ainda no começo do quadro. E, agindo rápido, é possível manter o paciente por mais tempo num estágio leve da doença, de modo que ele tem um ganho importante na qualidade de vida”, ressalta a psiquiatra Rita Ferreira. “E, além do mais, há muita pesquisa na área de medicamentos contra o Alzheimer. Novos remédios devem chegar ao mercado a partir de 2015 e espera-se que eles tragam melhoras no controle dos sintomas. Quem sabe uma pessoa que começa a se tratar bem no começo agora ainda pode se beneficiar disso? É preciso manter a esperança”, diz Rita.

As demências atingem hoje 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Isso corresponde a 5% da população com mais de 60 anos de idade. E os números não param de aumentar: a cada quatro segundos surge um novo caso. A organização calcula que a quantidade de pessoas acometidas por esse tipo de doença vai dobrar em 2030 e mais que triplicar em 2050, quando chegaremos à marca de 115 milhões de indivíduos demenciados.⁹⁸ Por isso, num relatório divulgado em abril de 2012, a instituição defendeu a necessidade de os governos de todo o mundo assumirem o problema como uma prioridade de saúde pública.⁹⁹

O aumento dos quadros de demência, incluindo o Alzheimer, acompanha o envelhecimento da população. A idade avançada é o principal fator de risco para a doença. Na década de 1950, quando o brasileiro vivia, em média, até os 43 anos de idade, as chances de desenvolver Alzheimer eram muito pequenas. Hoje, a expectativa de vida no país é de 73 anos, portanto, o número de pessoas suscetíveis ao problema é muito maior. A partir dos 60 anos de idade, à medida que se avança na pirâmide etária, os casos de Alzheimer e outras demências aproximadamente dobram a cada período de cinco anos. Trocando em miúdos: se, aos 60 anos de idade, apenas 1% dos idosos desenvolve o problema, na faixa dos 70 anos, esse número sobe para 4% e, aos 80, cerca de 16% são afetados. Aos 90, em torno de 40% dos idosos são acometidos. Suspeita-se que por volta dos 95 anos de idade a progressão deixe de

aumentar e o número de casos se estabilize.¹⁰⁰ O bônus, infelizmente, é para poucos...

Além da idade, alguns outros fatores predisõem ao desenvolvimento do mal de Alzheimer. Quem tem pelo menos um parente de primeiro grau com a doença – ou seja, o pai, a mãe ou um irmão – tem risco três vezes maior de ser afetado. Traumatismos cranianos e depressão também estão relacionados ao problema. No caso da depressão, a associação com o Alzheimer existe sobretudo nos casos mais graves, em que a pessoa precisou ser internada, ao longo da vida, por conta dos quadros depressivos. Explica Bottino: “A depressão está associada ao aumento dos níveis de cortisol, o hormônio do estresse, que causa danos em áreas cerebrais fundamentais para a memória. Provoca também um aumento de substâncias inflamatórias no cérebro, que favorece o surgimento da doença de Alzheimer”, diz. O mal que leva à “ausência da mente” é ainda duas vezes mais frequente entre mulheres que em homens – ao que tudo indica, isso ocorre porque elas vivem mais do que eles.

A demência de Alzheimer encontra-se na fronteira entre a neurologia e a psiquiatria. Pode-se dizer que é um mal neurológico em sua origem e psiquiátrico em sua manifestação. Melhor explicando: os sintomas da doença são desencadeados por lesões que vão degenerando o cérebro aos poucos e causando danos na mente e no corpo, do mesmo modo que danos cerebrais mais grosseiros, provocados em acidentes, podem comprometer os movimentos e a sensibilidade das pernas ou dos braços – daí a natureza neurológica. Trata-se de um processo diferente em relação a outros transtornos mentais, como a depressão e a ansiedade exagerada, que, apesar de virem à tona sob a influência de alterações químicas no cérebro, são fortemente relacionados a fatores psicológicos e ambientais, como crises conjugais, lutos, desemprego, violência e outras fontes de estresse. Devido a sua natureza eminentemente biológica, a doença de Alzheimer e as outras demências são classificadas pelos psiquiatras como transtornos mentais orgânicos.

Por outro lado, a doença de Alzheimer se manifesta, em grande parte, por meio de sintomas psiquiátricos – mudanças na personalidade, comportamentos agressivos, delírios, alucinações e depressão estão presentes em 75% dos casos.¹⁰¹ Não foram uma ou duas as vezes em que Ernesto foi visto falando “sozinho”, sentado ao sofá de sua sala, enquanto dizia estar conversando com seu pai e um irmão já falecidos. Também não foram poucas as vezes em que foi visto desolado, chorando, por acreditar que algum de seus filhos tinha morrido. “Houve uma vez em que ele chegou a se arrumar para o velório”, conta sua filha Marcia. Muitas vezes,

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

são as mudanças no humor, no temperamento e nas atitudes que fazem a família levar o idoso ao médico, antes mesmo que as falhas de memória sejam percebidas como um problema. O primeiro caso de Alzheimer descrito na história, em 1906, pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer, já demonstrava essa dimensão psiquiátrica da doença: a senhora Auguste foi internada num sanatório em Frankfurt, aos 51 anos, devido a um delírio de ciúme que começou a apresentar subitamente em relação ao marido. Só depois o médico notou que a paciente vinha apresentando também alterações de memória, que seriam então descritas como um sintoma importante do quadro.

Quando a demência de Alzheimer emerge no seio da família, são muitas as dúvidas que surgem em relação à maneira correta de lidar com o idoso. Uma das primeiras questões que aparecem é: deve-se insistir em corrigir a pessoa em seus enganos, causados pelas falhas na memória, como quando ela diz repetidamente que vai visitar uma pessoa que já morreu, por exemplo? “Não”, responde, taxativamente, a psiquiatra Rita Ferreira. Dar a notícia de que alguém querido faleceu pode causar um sofrimento desnecessário à pessoa – mesmo que por um breve momento, até ela se esquecer novamente da informação. Nesses casos, diz a especialista, o melhor é distrair o idoso com outra coisa – uma música, outro assunto, um programa na TV, que o fará esquecer a história imediatamente. Também não é nenhum “pecado” dizer à pessoa algo como “amanhã faremos a visita que o senhor ou a senhora quiser”. É uma forma de encerrar o assunto sem maiores sofrimentos.

E quais são os momentos de lucidez do idoso com Alzheimer? Quando ele está totalmente alheio ao que se passa em volta? Essas também são dúvidas frequentes dos familiares, sobretudo quando o quadro de demência já está avançado. São perguntas difíceis de responder. É certo que, mesmo no estágio grave da doença, o idoso pode ainda compreender algumas coisas, embora não alcance mais as palavras para dar respostas adequadas ou dizer o que quer. Ele pode se manifestar com expressões faciais ou um simples aceno de cabeça. É preciso estar atento para compreendê-lo. Ernesto se saiu com uma nova forma de expressão, em tempos recentes, que surpreendeu Marcia: a imitação. Estava ele, um dia, sentado no sofá da sala de TV, quando ouviu a voz de Lucia ao portão. Imediatamente, levantou um dos braços na direção da entrada da casa. Marcia lhe perguntou o que ele estava fazendo com o braço erguido. Com alguma dificuldade, trinta segundos depois, Ernesto respondeu: “Ela”. A filha não entendeu: “Ela quem?”. Ernesto pôs-se, então, a imitar com perfeição a gargalhada de Lucia e, então, Marcia entendeu o que ele quis

sinalizar.

Exatamente porque não se sabe em que momentos a pessoa é capaz de compreender o que se passa em volta, é preciso ter cuidado com o que se diz ao seu lado. “Não comente com outras pessoas os problemas de comportamento do ente querido na presença dele. Só porque alguém não é mais capaz de se comunicar verbalmente não significa que ele ou ela não entende mais o que se passa ou o que se diz. Pense em como se sentiria em uma situação semelhante e seja sensível. Sempre presuma mais entendimento e compreensão do que realmente vê”,¹⁰² escreve a americana Sharon Mooney, professora de enfermagem e gerontologia, em seu livro *Alzheimer: cuidar de seu ente querido e cuidar de você mesmo*.

Também já na fase grave da doença, é possível que o idoso tenha *flashes* de memória e recobre, por instantes, informações e pessoas que já estavam há muito tempo esquecidos. Marcia conta, emocionada, uma dessas histórias, que vivenciou ao lado do pai, em janeiro de 2012: “Era um dia comum. Eu e um de meus irmãos nos sentamos à mesa com o papai para lhe fazer companhia, enquanto ele almoçava. De repente, o meu irmão olhou para o papai, apontou para mim e perguntou: ‘Você sabe quem é ela?’. É uma pergunta que nem se recomenda fazer, segundo li em livros, porque coloca a pessoa numa situação delicada, contra a parede. Mas, para a minha surpresa, ele falou sem titubear: ‘Sei, é minha filha’. Havia três anos que ele não me reconhecia. Foi o maior presente que eu poderia ter recebido”. Por reconhecer no pai pequenos instantes de lucidez, Marcia diz que nunca deixa de falar que o ama quando o encontra. “Acho que, em alguns momentos, ele entende. E, quando ele se for, quero que vá com a certeza de que foi muito amado.”

Antes de ser reconhecida por um instante pelo pai, já na fase avançada da doença, Marcia tinha uma dúvida íntima: por que, nos últimos anos, Ernesto conseguia se lembrar do nome de três dos oito filhos, e não dos demais? Por que ela, que se preocupava em estar com o pai praticamente todos os dias, há tantos anos, havia lhe fugido da memória? Por mais que tentasse dizer para si mesma tratar-se de algo que não podia ser explicado, uma característica insondável da doença e que não deveria estar atrelado ao amor que o pai sentia por todos os filhos, no fundo, a seletividade da memória de Ernesto a intrigava. É fato que os caminhos da memória são muito sofisticados e estão ainda longe de serem totalmente compreendidos. Alguns elementos, no entanto, podem ajudar a entender esse tipo de situação. O primeiro ponto é o seguinte: a memória humana não funciona como um CD ou um *pen drive*, que armazena todos os dados da mesma forma. “No cérebro, as informações que ficam registradas de

maneira sólida, com mais chances de serem lembradas mesmo na velhice, são aquelas que foram recordadas o maior número de vezes durante a vida”, explica o neuropsicólogo Pedro Zuccolo, do Instituto de Psicologia da USP. Por isso, as últimas pessoas a serem esquecidas por um idoso costumam ser aquelas que fazem parte de sua vida há mais tempo – especialmente nos casos de Alzheimer, que detona as memórias recentes logo no início. Seguindo esse raciocínio, pode acontecer de os filhos mais velhos serem esquecidos mais tardiamente do que os filhos mais novos, numa família numerosa como a de Ernesto, em que 15 anos separam o primogênito do filho caçula. É possível que, em determinado momento, Ernesto tenha passado a se lembrar dos filhos mais jovens com a aparência de crianças e adolescentes, como eles deviam figurar em suas memórias mais antigas, e não com a imagem de adultos que têm hoje.

Porém, a partir de certo ponto, quando as áreas cerebrais responsáveis por guardar as lembranças remotas também são afetadas pela doença, o fator cronológico tende a perder peso. Influenciam aí outras questões, como as associações de informações, que ajudam a localizar as memórias: um filho que canta para o pai canções de longa data muito marcantes, por exemplo, aumenta as possibilidades de ser lembrado. Isso acontece porque a associação de ideias, informações e experiências amplia o número de caminhos para se acessar uma memória – se uma “estrada cerebral” que leva até uma memória está bloqueada, há outras rotas alternativas para se chegar ao mesmo destino; no entanto, se a via de acesso é uma só e ela está interditada, não se consegue chegar aonde se quer, ou seja, não se consegue lembrar o que se deseja. Mas, à parte as hipóteses que a ciência tem a esse respeito, o fundamental é entender que o fato de o idoso lembrar-se de um filho e não de outro não quer dizer que ele goste mais de um do que de outro.

Há ainda outro ponto de hesitação bastante comum entre familiares de pessoas com Alzheimer: até que ponto é positivo estimular o idoso a realizar as tarefas diárias com autonomia e quando é hora de ajudá-lo a fazer o que tem dificuldade? Segundo Pedro Zuccolo, a regra geral é deixar o idoso fazer sozinho (ou com o mínimo de auxílio) tudo o que ele dá conta, desde que isso não ofereça riscos. “Se o idoso com Alzheimer já esqueceu a panela no fogão alguma vez, é melhor estar sempre por perto quando ele quiser cozinhar. Se está com problemas de equilíbrio, é hora de auxiliá-lo a caminhar para evitar uma queda. Mas não é porque um idoso tem dificuldades de locomoção que o familiar precisa dar comida na boca dele. Parece óbvio, mas isso acontece – o idoso deixa de conseguir fazer uma coisa específica e quem cuida dele acha que tem de auxiliá-lo em

tudo. O ponto-chave é não extrapolar o cuidado para além do necessário, para que a pessoa se mantenha independente o máximo de tempo possível”, explica Zuccolo.

É inevitável, no entanto, que, aos poucos, os papéis de pais e filhos se invertam, porque o idoso com Alzheimer vai precisando de mais e mais cuidados, a cada dia. Com a memória e o raciocínio turvos, muitos idosos demenciados chegam a chamar seus filhos de “mãe”, “pai”, “avô”, ou “avó”. Marcia, a filha de Ernesto diz: “É difícil para mim vê-lo como pai hoje. Eu tenho em relação a ele as mesmas preocupações que tenho com meus filhos de 7 e 5 anos de idade: se está bem alimentado, se tomou um bom banho, se está gripado... Só de bater o olho nele, sei se está triste ou se está de bom humor... Para mim, não houve como não mudar o olhar sobre ele”.

O tratamento do mal de Alzheimer inclui obrigatoriamente medicação – por mais que os remédios hoje disponíveis não curem a doença, eles conseguem frear o avanço dos sintomas e oferecer à maior parte dos pacientes uma vida mais longa e com mais qualidade. Durante um período inicial, que varia de um a três anos, o medicamento é capaz de estabilizar a perda da memória e das outras habilidades mentais. Depois disso, até o quinto ano, em média, o declínio intelectual volta a acontecer, mas em ritmo mais lento. A partir desse ponto, o remédio não consegue mais deter a marcha natural do mal de Alzheimer. As medicações hoje utilizadas podem trazer efeitos colaterais, como náuseas e diarreia. Mas há cinco opções de medicamentos disponíveis, que podem ser testados pelo médico, até que os efeitos desagradáveis sejam minimizados tanto o quanto possível. Segundo os especialistas, os benefícios dos remédios compensam os efeitos colaterais. A família de Ernesto, por exemplo, considera que o saldo do uso dos medicamentos foi positivo: “Eu conheço idosos com Alzheimer que não tomam remédios e, em dois anos, já estão totalmente dependentes. Muito diferente do papai, que demorou seis anos, a partir do diagnóstico e do início do tratamento, para começar a ser ajudado a caminhar, tomar banho e se alimentar. E ainda há dias em que ele come sozinho até hoje”, diz Marcia.

Paralelamente ao uso da medicação, durante todo o curso da doença, é fundamental realizar atividades que ajudem a preservar, pelo máximo de tempo possível, as capacidades mentais e físicas do idoso. Para isso, a família pode se valer da orientação e dos serviços de psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. No início do quadro de Alzheimer, é útil usar estratégias que funcionam como estimuladoras da memória. Por exemplo: ter em casa um grande calendário

de parede e pedir que o idoso vá até ele diariamente identificar em que dia, mês e ano está, riscando as datas à medida que passam, pode ajudá-lo a preservar a noção de tempo por um prazo maior. Deixar álbuns de fotografia acessíveis para que, de quando em quando, o idoso rememore as pessoas próximas e conte histórias do passado também contribuem para que ele mantenha a consciência sobre si mesmo e sobre os outros por um período mais longo. Um familiar pode ajudar o parente com Alzheimer a colocar etiquetas nas fotografias, identificando o nome das pessoas, assim, ele exercitará essas memórias, aumentando as chances de se lembrar delas por mais tempo. Espalhar objetos de grande valor afetivo pela casa também contribui para ampliar o tempo durante o qual o idoso reconhecerá o próprio lar. E evite mudar os objetos de lugar. “Ter as coisas em locais conhecidos ajuda a memória, do mesmo modo que manter a rotina familiar”,¹⁰³ afirma a professora de enfermagem e gerontologia Sharon Mooney.

Quando a memória começa a falhar, o uso de auxílios externos, como agendas, alarmes, bilhetes na geladeira e caixas de medicamentos divididas por dia e horário, fazem toda a diferença para manter a independência do idoso no dia a dia. São recursos extremamente simples, mas que muitas pessoas em idade avançada não têm o hábito de utilizar. Facilitar a identificação dos cômodos da casa também é uma boa tática. “Algumas clínicas de repouso orientam seus residentes colocando seus nomes ou fotografias do lado de fora de seus quartos. Você também pode fazer isso em casa. Se o ente querido já não reconhece uma fotografia pessoal, pendure algum tipo de peça de roupa identificadora, como um velho chapéu ou suéter familiar. Minha mãe começou a identificar seu quarto quando penduramos um retrato de seus avós na porta. Antes disso, ela vivia se perdendo”,¹⁰⁴ escreveu Sharon Mooney, em seu livro para familiares de pessoas portadoras do mal de Alzheimer.

Exercícios com uma fonoaudióloga podem ajudar a preservar a fala e a capacidade de deglutição do paciente, na fase avançada da doença. Por causa da dificuldade para engolir os alimentos, Ernesto sofreu um engasgo em 2009 que quase lhe custou a vida. “Ele estava comendo um pão de queijo, não conseguiu engolir um pedaço e começou a sufocar. Acho que ele pensou que ia conseguir resolver a situação sozinho e foi para o banheiro. Um dos meus irmãos, que estava em casa no momento, encontrou ele quase desfalecido. Ao entender o que tinha acontecido, deitou o papai no chão e conseguiu desobstruir a garganta dele. O papai inclusive teve alguns micro AVCs^{22*}, nesse episódio, porque ficou algum tempo sem

respirar, mas não teve sequelas perceptíveis. Desde então, ele come apenas alimentos pastosos, por orientação da fonoaudióloga que cuida dele. E faz exercícios toda semana com ela para preservar a deglutição e a fala. Nós não percebemos, na época, mas ele já vinha dando sinais dessa dificuldade de engolir os alimentos, ao diminuir a quantidade de comida nas refeições. Só depois eu e meus irmãos associamos uma coisa à outra”, conta Marcia.

Lidar com a agressividade é um capítulo à parte nos quadros de Alzheimer. Mesmo as pessoas mais tranquilas durante a vida podem desenvolver comportamentos agitados e hostis em algum momento da doença. As recomendações dos especialistas são: 1) não leve para o lado pessoal as ofensas que o idoso lhe dirigir. Lembre-se de que o raciocínio dele está completamente alterado e ele pode acusá-lo de roubos, maus-tratos e desamor, movido por memórias do passado que nada têm a ver com você ou por motivos completamente insondáveis. 2) Não discuta, não entre em conflito; tente sempre mudar o foco de sua atenção. Colocar uma música tranquila, oferecer o rosário para que a pessoa faça uma oração, caso ela tenha sido religiosa ao longo da vida, e convidá-la a fazer outros rituais que foram parte importante de seu passado podem ser muito úteis para acalmá-la. Em seu livro *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu*, o neurologista Oliver Sacks relata o efeito da religiosidade e da arte sobre um paciente com a síndrome de Korsakov, uma doença associada ao alcoolismo que também afeta a memória de forma definitiva – primeiro, as lembranças recentes e, por fim, as reminiscências mais remotas, à semelhança do que acontece no mal de Alzheimer. Quando supunha que a amnésia profunda tinha tornado seu paciente completamente alheio ao mundo e a seus significados, fazendo dele um sujeito de “alma perdida”, Sacks surpreendeu-se ao vê-lo participar de uma missa: “Observei-o ajoelhar e receber a hóstia na língua, e não pude duvidar da plenitude e totalidade da comunhão, do perfeito alinhamento de seu espírito com o espírito da missa. [...] Ele estava completamente tomado, absorvido por um sentimento. Não havia esquecimento, nem síndrome de Korsakov naquele momento [...]. Ver Jim [*o paciente*] na capela abriu-me os olhos para outros reinos onde a alma é chamada e mantida, e apaziguada, na atenção e comunhão. A mesma intensidade de absorção e atenção seria encontrada em relação à música e à arte: notei que Jimmie não tinha dificuldade para ‘acompanhar’ a música ou dramas simples, pois cada momento na música e na arte refere-se a outros momentos e os contém. [...] Talvez haja nisso uma lição filosófica além de clínica: na síndrome de Korsakov, ou na demência e outras catástrofes semelhantes, por maior que seja o dano orgânico e a dissolução

humana,^{23*} permanece intacta uma possibilidade de reintegração pela arte, pela comunhão, pelo contato com o espírito humano”.¹⁰⁵ 3) Em caso de tentativas de agressão física, apenas se proteja. Não há nada de errado em se afastar do ente querido ao perceber que a situação está fora de controle. O mais provável é que a crise de agitação passe sozinha em alguns instantes. Se os episódios se tornarem frequentes, converse com o médico do idoso, pois pode ser o caso de usar algum remédio calmante, que ajudará a todos a lidar melhor com a situação.

Embora o principal fator de risco para o mal de Alzheimer seja o envelhecimento – e este não é exatamente um elemento que se possa ou se queira evitar –, há muito o que fazer em benefício próprio para tentar prevenir o surgimento dessa doença. As pesquisas na área já comprovaram que, quanto mais se utiliza a memória e o raciocínio, por mais tempo eles ficam preservados. Ler conteúdos e narrativas de todos os tipos e tamanhos, em jornais, revistas, livros e *sites* na internet, exercitar o intelecto em jogos de tabuleiro ou *games* eletrônicos, ir ao cinema e ao teatro são todas atividades estimulantes para o cérebro, que ajudam a reduzir as chances de desenvolver uma demência como o Alzheimer. Mas não são apenas as atividades mentais que fazem bem à saúde do cérebro – as atividades físicas também têm benefícios comprovados. Um estudo recente que acompanhou 4.615 homens e mulheres canadenses com mais de 65 anos de idade, por um período de cinco anos, mostrou que aqueles que tinham um alto nível de atividade física inserido em sua rotina – exercícios mais vigorosos que caminhar, praticados três ou mais vezes por semana – tiveram o risco de desenvolver a demência de Alzheimer reduzido em 50%, em relação aos participantes sedentários. Mesmo aqueles que tinham um nível de atividade física mais baixo, nos níveis leve a moderado, tiveram o risco reduzido em 33%.¹⁰⁶ Cultivar as amizades e participar de encontros sociais, já se comprovou, também contam a favor da memória e do raciocínio, à medida que a idade avança. O segredo, como se vê, é cultivar uma vida ativa e estimulante, mesmo na velhice.

Notas

^{21*} A título de curiosidade: nos bebês, as bainhas de mielina que revestem os nervos ainda não estão completamente maduras, por isso, seus movimentos se dão em espasmos, de forma desordenada e lenta. À medida que a mielina vai terminando de se formar, os movimentos das crianças se tornam mais coordenados, precisos e suaves.

^{22*} Pequenos derrames cerebrais.

^{23*} Referente ao filósofo escocês David Hume (1711-1776). Segundo Oliver Sacks, o pensador

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

iluminista definiu o homem como um conjunto de sensações que se sucedem num fluxo contínuo e desconexo. Jimmie seria a personificação da “quimera filosófica de Hume”.

Como a família pode ajudar no tratamento

Quando uma pessoa da família tem uma doença grave, mãe, pai, irmãos, filhos, marido e esposa acabam também desgastados pelo problema. Isso acontece quando o ente querido sofre de uma doença física – um infarto, um derrame ou um câncer, por exemplo –, mas também quando a mente e a alma dele adoecem. Depressão profunda, bipolaridade, personalidade *borderline*, anorexia, autismo, alcoolismo, dependência química, esquizofrenia e mal de Alzheimer são todos problemas psiquiátricos sérios, que provocam rupturas na vida da pessoa que adoeceu e obrigam os familiares a aprender um novo jeito de compreendê-la e de se relacionar com ela. Por tudo isso, são problemas que assustam. O adoecimento mental, especialmente em casos severos, coloca uma carga emocional tão pesada sobre os familiares que, sem que eles percebam, acabam tendo reações que dificultam a evolução da doença. Para evitar que isso aconteça, eles precisam ser orientados, tanto quanto os próprios pacientes.

Já é dado científico comprovado que a inclusão da família no tratamento, por meio de qualquer estratégia – orientações dadas pelo próprio médico, cursos educativos que oferecem informações detalhadas sobre a doença, grupos de apoio compostos por familiares que compartilham do mesmo problema, terapia de casal ou de família –, melhora o ambiente doméstico e, com isso, aumenta a adesão da pessoa doente aos remédios, à psicoterapia e a outros recursos de tratamento, reduz as recaídas, diminui a necessidade de internação e aumenta as chances de controlar o transtorno.^{107, 108} Estudos apontam que a psicoterapia de família aplicada especificamente aos casos de esquizofrenia é capaz de diminuir as taxas de recaídas em até 70%.¹⁰⁹ “Do contrário, quando a família não é bem orientada e amparada, a eficácia dos outros recursos de tratamento – medicamentos, inclusive – é posta em risco”, afirma a psicóloga Jônia Lacerda, do Ambulatório de Família do Instituto de Psiquiatria da USP.

Para dar alguma contribuição nesse sentido, serão apresentadas, a seguir, oito dicas práticas de comportamentos, hábitos e posturas que os familiares podem adotar para ajudar no tratamento dos problemas emocionais de seus entes queridos. As orientações foram elaboradas com a ajuda da especialista Jônia Lacerda.

1. Procure afastar as culpas

Quando se deparam com a notícia de que têm em casa um parente com um problema psiquiátrico grave, via de regra, as famílias reagem com um misto de incredulidade e revolta. “Por que com a gente?”, perguntam-se. Com frequência, os familiares culpam a si mesmos e aos outros pelo adoecimento. “Onde foi que eu errei?”; “qual a minha parcela de culpa no aparecimento desse problema?”; “qual o grau de participação do restante da família?”, questionam. Pais e mães se põem a refletir se foram muito rígidos com seus filhos ou permissivos além da medida, se o excesso de trabalho os fez ausentes, se os tapas que deram nas crianças deixaram sequelas emocionais... Irmãos acalentam uma dúvida íntima: “Será que as brigas que tive com ele, quando criança, tiveram alguma influência?”. Maridos e esposas se indagam se os problemas conjugais deixaram o outro doente. Questões como essas quase sempre vêm à cabeça de quem tem um familiar com um transtorno mental grave. E acabam alimentando comportamentos que atrapalham a evolução do quadro psiquiátrico e a vida de toda a família.

É comum que um dos parentes – geralmente, a mãe ou o pai – abandone completamente a própria vida para reparar a culpa que sente em relação ao adoecimento do ente querido. Isso dificulta a recuperação da autonomia da pessoa que adoeceu e traz infelicidade para ambos. Movidos por um senso de responsabilidade que se apresenta de forma explícita ou inconsciente, muitos familiares acabam também cobrando excessivamente a pessoa que se desequilibrou mentalmente e pressionam para que ela retome logo antigos hábitos e atividades. É uma maneira de dizerem para si mesmos que estão fazendo tudo o que podem para ajudar o ente querido a se reerguer. Ou, o contrário: o parente não lhe exige coisas mínimas, nem lhe impõe nenhuma contrariedade, por pensar que não pode cobrar esforços daquela pessoa que já sofre tanto – talvez até por sua culpa, fantasiam. Todos esses comportamentos são prejudiciais ao paciente e à vida familiar.

Por isso, um dos primeiros temas abordados por psicólogos, médicos e demais profissionais envolvidos na orientação das famílias de pacientes psiquiátricos é justamente a origem do problema mental. Eles tratam logo

de esclarecer que problemas complexos como os desequilíbrios psíquicos e emocionais não são desencadeados por uma única causa, nem são culpa de uma só pessoa. Por mais que, em alguns casos, haja influência das relações familiares e do ambiente doméstico no desencadeamento desses transtornos, há uma conjunção complexa desses elementos com fatores genéticos, questões de personalidade, experiências de vida e diversos outros componentes ambientais. “Querer explicar o porquê das coisas é um desejo emocional do ser humano. Nós não lidamos bem com o inexplicado. Mas dizer que foi precisamente isso ou aquilo, fulano ou sicrano que levou a um problema mental é uma fantasia onipotente. Ninguém é capaz de dizer exatamente como as coisas se conformaram para chegar àquele quadro – nem os médicos, nem os psicólogos, e menos ainda os familiares, que estão totalmente imersos emocionalmente no problema”, diz Jônia Lacerda. Mesmo em situações extremas, em que o pai agredia o filho sistematicamente antes do adoecimento, por exemplo, não se pode dizer que o problema se originou exclusivamente desse fator. “Ninguém em sã consciência deixará de reconhecer que há na agressão física uma influência, mas o total da situação é resultado de vários elementos. Tanto que há pessoas que passam por maus-tratos e não desenvolvem um transtorno psiquiátrico. Além disso, muitos desajustes no comportamento da família já são resultado da presença do transtorno em casa – um filho que vai ficando muito difícil de lidar desperta reações que talvez os pais não tivessem com outro filho que funcionasse do outro jeito”, explica a psicóloga.

Suspender a culpa é importante para que os familiares baixem as armas, saiam da posição de acusarem a si mesmos e aos outros e consigam reunir forças para ajudar o parente que está precisando. É importante também para que a família compreenda que o profissional de saúde mental não trabalha com o dedo em riste na direção de nenhum deles – a preocupação fundamental do especialista é auxiliar os familiares a analisar o problema de forma realista, compreender o adoecimento, ajustar expectativas, estabelecer relações menos desgastantes e mais afetivas, reconhecer os próprios limites e comemorar as melhoras, para que a vida de todos siga da melhor maneira possível. “As famílias têm sempre as suas teorias sobre o adoecimento. Elas não acabam. Se eu falar com a família cinco anos depois do primeiro contato, vai haver uma nova teoria. Isso é inevitável. O que não pode acontecer é que essas teorias impeçam mudanças”, diz Jônia Lacerda.

2. Ajuste as expectativas de forma realista

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Lidar com as dificuldades impostas por problemas de saúde psíquicos costuma ser mais complicado para as famílias do que compreender limitações de vida trazidas por deficiências físicas. Em seu livro *Entendendo a esquizofrenia*, o médico Leonardo Palmeira, a psicóloga Maria Thereza Geraldês e a pedagoga Ana Beatriz Bezerra explicam por que é tão custoso para os familiares de uma pessoa com um transtorno psiquiátrico grave, como a esquizofrenia, entender o problema: “Por não existirem incapacidades físicas para o trabalho, estudos, vida social e afetiva, os pais têm grande dificuldade em compreender por que seus filhos não conseguem se aprumar na vida. Na maioria das vezes é mais fácil culpar o próprio paciente pelos seus fracassos do que aceitar que a doença lhe tirou a capacidade de crescimento e independência”,¹¹⁰ escreveram.

Em quadros de alterações mentais graves, que geralmente afloram no auge da juventude, demoram a ser controlados e têm muitas recaídas – de novo, incluídos aí problemas psiquiátricos tão variados quanto dependência de drogas, depressão severa, bipolaridade, transtornos de personalidade e esquizofrenia –, é preciso um grande esforço da família e do próprio paciente para readequar suas expectativas em relação à vida, levando em conta o problema de saúde que se apresentou. Do contrário, a decepção surge de forma muito concreta para todos. A título de exemplo: a um aluno de psicologia que, certa vez, veio se queixar de ter sido reprovado em duas disciplinas quando saía de um período depressivo, a psicóloga Jônia Lacerda, disse: “Você há pouco estava com uma depressão supergrave. Não é razoável se cobrar de passar em todas as disciplinas agora. Não dá para pôr a doença na gaveta, agir como se nada tivesse acontecido e querer que tudo volte ao normal imediatamente. Isso não é realista. Se a coisa for encarada assim, é maior a chance de vir uma nova crise pela frente. Então, dê-se o direito de reconhecer que você adoeceu e que está se recuperando aos poucos. Haverá ganhos – não da maneira e no ritmo que você previa, mas eles virão. E virão também outras conquistas importantíssimas, que você nem tinha previsto – essas conquistas significam sobrevivência, reação, saúde e paz de espírito recuperadas”. Com o estudante de psicologia, futuro colega de profissão, Jônia pôde ser bem direta, mas, com as famílias em psicoterapia, o ajuste de expectativas costuma ser trabalhado aos poucos, à medida que os familiares conseguem se dar conta das mudanças na situação de vida.

Quando não recebem informação suficiente sobre a doença, nem apoio emocional especializado, os familiares tendem a ficar eternamente nostálgicos do tempo em que seu filho, irmão ou cônjuge não tinha um

problema psiquiátrico. Como esses transtornos são problemas crônicos, a sensação que os parentes têm é de que a pessoa “não melhora nunca”. Essa frase, dita geralmente em tom de cansaço e frustração, revela que a vida do familiar adoecido está sendo analisada em contraste com um ideal perdido. E, em relação a esse ideal, a realidade atual só pode mesmo ser vista de forma muito crítica, desencantada, sem que a família consiga reconhecer a luta implicada nos pequenos e grandes movimentos que a pessoa consegue fazer.

3. Reconheça e comemore as melhoras

O desgaste imposto pelos transtornos psiquiátricos crônicos vai, aos poucos, detonando a capacidade dos familiares de ver algo em seu parente que não sejam os problemas causados pela doença. Eles precisam de ajuda para conseguir enxergar e comemorar as melhoras. A psicóloga Jônia Lacerda cita como exemplo o caso de um garoto de 15 anos, que, três meses após uma tentativa de suicídio, fruto de uma depressão severa, estava já recebendo muitas cobranças da mãe. “Uma pessoa de fora era capaz de ver claramente a desproporção entre os fatos: como é que ela está brigando com um filho que acabou de tentar suicídio porque ele deixou os sapatos na sala? Como é que ela quer que, três meses depois de tentar se matar, ele corra atrás de um supletivo para voltar a estudar? Mas a mãe, envolvida até o limite na situação, não conseguia ver isso. Só conseguia ver na frente dela o fato de que o filho estava fora da escola e que isso era ruim para ele. Naquele momento, ela não estava ainda em condições de pôr as coisas em perspectiva, para lembrar, por exemplo, que, quando nós começamos a trabalhar juntos, o garoto não saía do quarto e chorava o tempo todo. Aos poucos, foi voltando a sair com os amigos, se interessou por uma menina, parou de querer bater na irmã, começou a frequentar uma aula de música... Essas coisas são ganhos. Faz parte do meu trabalho ajudar a mãe desse menino a reconhecer isso.”

A psicóloga recomenda que as melhoras sejam avaliadas em comparação ao momento anterior que a pessoa estava vivendo, não em relação a um passado distante ou a um ideal de futuro. “Para alguém que há pouco precisava de ajuda para comer e tinha de ir ao psicólogo discutir motivos para não desistir da própria vida, tomar a iniciativa de arrumar o próprio quarto, cuidar da própria aparência, sair para fazer compras e tomar a medicação corretamente são avanços importantes”, diz Jônia. Uma recuperação mais ambiciosa pode e deve seguir acontecendo e é possível que a pessoa recupere sua vida produtiva e volte a ter uma existência rica.

Mas as pequenas melhoras precisam ser reconhecidas para que a pessoa se motive a seguir em frente.

4. Modere o tom e a quantidade de críticas

Quando a família não consegue reconhecer os avanços alcançados pela pessoa em tratamento e fica só remoendo as perdas e dificuldades que a doença psiquiátrica trouxe para suas vidas, abre-se uma brecha para constantes críticas, comentários amargos e depreciativos e ofensas diretas. Com o tempo, sem que se perceba, esse tipo de relação se cristaliza entre os membros da família, mesmo nos momentos em que não há nenhum fato novo produzindo tensão. Até as conversas mais cotidianas, como pedir para baixar o volume da TV ou retirar o prato da mesa de jantar, se dão em tom acusatório, servindo para apontar defeitos nas atitudes e no jeito de ser do outro. Por apresentar sempre um tom irônico, desdenhoso ou explicitamente exaltado, esse tipo de postura acaba provocando sentimentos de raiva, inferioridade, remorso e culpa em ambos os lados envolvidos. Muitas vezes, os familiares perdem completamente o hábito de elogiar uns aos outros, fazer comentários carinhosos ou demonstrar afeto com um abraço ou um sorriso. Se o objetivo não é criticar o outro, pouco se fala em casa. O clima pesa uma tonelada.

Quando essa atmosfera de hostilidade excessiva se instala, os especialistas dizem que há entre os parentes um alto nível de emoção expressa. Os profissionais de saúde mental se preocupam bastante com isso, porque altos níveis de emoção expressa em casa funcionam como fatores estressantes para os pacientes psiquiátricos, comprometendo a eficácia do tratamento medicamentoso e psicológico, favorecendo recaídas e exigindo internações.

Contar até dez antes de explodir de raiva; observar o melhor momento de falar; escolher palavras amenas; usar um tom de voz que, apesar de firme, não seja agressivo; aproximar-se de maneira afetuosa, mesmo quando for para falar sobre um problema; fazer uma crítica de cada vez; criticar atitudes pontuais da pessoa, e não ela, ou seja, dizer que está chateado com determinado comportamento, mas reassegurar o sentimento de amor e carinho pelo familiar; elogiar, sempre que couber. Essas são dicas difíceis de pôr em prática, mas fundamentais de se perseguir. Costumam ser mais facilmente conquistadas quando os cuidados em relação à pessoa com transtorno de comportamento são divididos entre os membros da família. É esse o assunto do próximo tópico.

5. Distribua os cuidados entre os familiares

Pessoas com problemas psiquiátricos graves requerem da família um alto grau de dedicação. Sujeitos em profundo estado depressivo precisam de ajuda para se alimentar, tomar banho, fazer uma caminhada, ir ao médico e frequentar sessões de psicoterapia. O familiar acaba se vendo na posição de suprir toda a energia que falta à pessoa deprimida para que ela faça coisas básicas e fundamentais por sua saúde, até que o tratamento comece a surtir efeito e o indivíduo consiga voltar a andar pelas próprias pernas. Indivíduos com esquizofrenia geralmente precisam ser lembrados todos os dias de tomar o remédio, para não correrem o risco de entrar em crise. Dependem também do incentivo alheio para cuidar da própria aparência, envolver-se em relações sociais e se engajar em alguma tarefa produtiva. Pessoas com transtorno bipolar, quando estão em fases de euforia, têm tendência a comprar descontroladamente, abusar do álcool e das drogas, ficam com o pavio curto e, por isso, exigem muita paciência e disposição das pessoas em volta.

A maior dificuldade das famílias, no entanto, não é somente ter de prover uma enorme quantidade de cuidados – e sim o fato de que, na maioria das vezes, a dedicação requerida pela situação não se distribui igualmente entre todos. Frequentemente, observa-se um padrão de comportamento polarizado entre os membros de uma mesma família: um dos parentes deixa de lado a própria vida para se dedicar exclusivamente aos cuidados do filho, marido, pai ou irmão que adoeceu, enquanto os outros levam a vida normalmente, como se não tivessem um familiar que exige alto grau de atenção. Os dois extremos costumam ter consequências ruins para todos.

O superenvolvimento de um dos familiares, apesar de ter a melhor das intenções, acaba comprometendo a possibilidade de que a pessoa em sofrimento psíquico desenvolva um nível maior de autonomia e vá retomando sua vida prática e suas relações, objetivo maior de qualquer tratamento psiquiátrico. É comum também que o excesso de zelo provoque reações irritadas e agressivas na pessoa que é alvo da dedicação sem limites – ela se sente sufocada, desrespeitada em suas vontades, tratada como uma criança ou um incapaz. Frequentemente, quer também se afastar da pessoa que mais se dedica a ela por sentir que representa um peso na vida do familiar.

Quem “cuida demais” acaba ficando exausto pelo excesso de dedicação e ressentido por ter aberto mão dos amigos, do lazer, da vida afetiva e da carreira, sem ver atendida a expectativa irreal de ter o familiar curado. É

frequente que os “cuidadores exclusivos” cheguem ao nível de exaustão e se deprimam. Às vezes, o envolvimento entre o familiar e o paciente é tamanho que chega a ser simbiótico. Certa vez, a psicóloga Jônia Lacerda perguntou ao pai de um rapaz com esquizofrenia: “Como foi o fim de semana do senhor?”. E ele respondeu: “Ah, esse fim de semana o João [*o filho*] esteve ótimo”. “É muito comum que os pais só se descrevam em referência ao filho. Eles não têm mais vida pessoal. Isso é muito ruim para os dois lados, apesar da boa intenção e do carinho infinito desses pais. Há casos em que o filho nem consegue namorar, porque o pai ou a mãe estão sempre junto – e eles nem cogitam que o filho pode ter uma vida afetiva”, pondera Jônia.

O extremo oposto também não é saudável. Familiares que se afastam totalmente do parente com problemas, ou seja, que, além de não ajudar nos cuidados do dia a dia, não querem nem saber das necessidades dele ou de ouvir as dificuldades de quem lhe dedica mais atenção, indicam que há por trás desse distanciamento questões muito íntimas e delicadas de ressentimento, incompreensão, ciúmes, culpa e medo de sofrer. É comum que sujeitos que se afastam do irmão bipolar, *borderline* ou com esquizofrenia, por exemplo, passem anos questionando se o familiar é mesmo doente e criem teorias de que a pessoa ficou dependente dos pais e com problemas de comportamento porque foi muito mimada na infância. Muitos têm dúvidas se tiveram alguma participação no adoecimento do familiar, sentem ciúmes porque os pais tiveram de se dedicar muito ao irmão doente, em detrimento dos outros, e muita dor por terem testemunhado a vida do parente “normal” tomar um rumo tão difícil. E, intimamente, tendem a alimentar uma culpa por não estarem próximos, prestando algum tipo de auxílio.

Evitar contato com o familiar doente pode até preservar essas pessoas do desgaste cotidiano, mas há sempre o risco de que essas questões mal resolvidas deixem feridas abertas para toda a vida e se reflitam nas outras relações que a pessoa vier a estabelecer para si. Para os psicólogos, não querer saber de se envolver é a outra face da moeda de se envolver demais. “Se o familiar não consegue se aproximar, é porque, na verdade, a presença da pessoa dentro dele é muito grande e ele tem medo de se machucar. É um mecanismo de defesa compreensível, mas, em muitos casos, traz problemas”, pondera Jônia Lacerda.

Por isso, o que a terapeuta faz, ao se deparar com famílias divididas dessa maneira, é ajudar a promover uma redistribuição dos cuidados. Ela explica: “Em relação aos que estão muito próximos, vamos trabalhando para que essa pessoa consiga recuperar aspectos da vida dela longe da

doença – volte a trabalhar, volte a ter amigos, volte a falar de si mesma. E quanto aos outros, que estão muito desimplicados, eu vou chamando, com muito jeito, a se inteirar do assunto e vamos vendo como eles podem participar dos cuidados do familiar. Por exemplo: o irmão fica com a pessoa que precisa de acompanhamento próximo, em alguns fins de semana, para os pais poderem viajar juntos. A ideia é que todo mundo possa preservar uma parte das suas próprias vidas. E, para isso, os familiares precisam contar com a ajuda uns dos outros. E eles precisam, inclusive, contar com o apoio do entorno social. Todo mundo tem algum problema, em algum aspecto da sua vida, não é possível que todo mundo tenha que ser lindo e maravilhoso... A sociedade tem que acolher as pessoas com problemas psiquiátricos, porque, se não, algumas poucas pessoas ficam excessivamente sacrificadas”, diz.

6. Equilibre as punições com recompensas

Quando um familiar apresenta uma alteração de comportamento que traz problemas para si e causa dificuldades também para os que estão em volta, é comum que a família estabeleça um sistema de restrições, como forma de pressioná-lo a assumir atitudes e hábitos mais adequados. Para uma jovem bipolar em fase de euforia que parou de trabalhar, passa as noites na balada e os dias contraindo dívidas no *shopping*, os pais tentam amenizar a situação cortando-lhe os recursos financeiros, por exemplo. Algumas atitudes desse tipo podem se fazer necessárias, mas é bom que se evite estabelecer um sistema de punições muito ostensivo contra o familiar, que acaba não sendo eficaz para o objetivo almejado e não é bom para as relações familiares também.

Voltando ao exemplo do rapaz de 15 anos em recuperação de um processo depressivo, após uma tentativa de suicídio. Para incentivá-lo a voltar a estudar, a ajudar nas tarefas de casa e a readquirir uma rotina mais saudável, a mãe começou a lhe tirar coisas de que ele gostava. Certo dia, suspendeu o uso do celular por uma semana; no outro, tirou-lhe a mesada; em seguida, o *modem* do computador; mais adiante, o próprio computador; até chegar a lhe confiscar a luminária da escrivaninha do quarto. Segundo a psicóloga Jônia Lacerda, punições feitas dessa maneira são excessivas e não surtem efeito. “Quando a punição é muito severa ou longa demais, a pessoa se acostuma com a situação e deixa de se sentir punida. Numa analogia: se alguém me tira a luz de casa, no primeiro dia eu reclamo muito, porque a mudança altera a minha rotina; no segundo, também; no terceiro, ainda um pouco; mas, depois de uma semana sem energia elétrica

em casa, eu vou me adaptar – arranjo umas velas, invento coisas para fazer que não exijam ligar nada na tomada... Eu passo a planejar a minha vida sem luz. Por isso, as punições precisam ser curtas, para que estejam sempre conectadas à situação que está sendo corrigida. Do contrário, a pessoa que está sendo punida nem associa mais o castigo ao que ela fez de errado e não aprende nada com aquilo.” No exemplo do adolescente, explica Jônia, ao fim de uma semana sem celular, ele já nem pensa que o celular é dele e deixa de sentir que perdeu algo por não ter feito um esforço para voltar à escola ou para arrumar o próprio quarto.

Segundo a psicóloga, as negociações em casa também precisam ser feitas com base em prêmios, não apenas em punições. De novo, usando como exemplo a situação do adolescente em depressão: a psicóloga sugeriu que a mãe do garoto combinasse com ele um sistema de troca do tipo “se você não faltar a nenhuma aula de música, te deixo ficar no computador, aos sábados e domingos, até a hora que você quiser” (como todo adolescente, o garoto adora ficar no computador até tarde da noite). Jônia explica a lógica da estratégia: “A restrição, para ter efeito de punição, precisa ser alternada com reconhecimento, elogio, parceria. Sem o contraste de uma coisa boa, o castigo não funciona mais”, diz.

Nesse sistema de punições e recompensas, é preciso eleger prioridades. Não se pode querer que o familiar com problemas psiquiátricos faça tudo o que a família gostaria que ele fizesse, o tempo todo, mesmo que sejam coisas boas para ele, como procurar um trabalho, voltar a estudar, praticar atividade física, manejar os gastos e na bebida, porque a pessoa não está completamente no controle de suas vontades e de seus comportamentos. É melhor se concentrar numa coisa importante de cada vez e levar o resto com tolerância. Colocar constantemente contra a parede uma pessoa em sofrimento mental pode levá-la a situações de risco. “Para agredir o familiar, a pessoa que está doente pode agredir a si mesma – para de tomar os remédios ou comete atos *kamikaze*, como abusar de drogas ou até tentar suicídio”, alerta Jônia Lacerda.

7. Evite superproteger ou ser permissivo com o paciente

Se impor regras muito rígidas e fazer críticas em excesso pode ser uma fonte de estresse para uma pessoa com um quadro psiquiátrico grave, a ponto de piorar seu estado psíquico e emocional, deixar de lhe exigir responsabilidades mínimas ou liberá-la de tentar seguir qualquer rotina da família também não contribui para sua melhora. Querer proteger contra

tudo e todos é uma reação instintiva de qualquer homem ou mulher que teme pela integridade física e emocional de seu filho, sobretudo quando ele é considerado frágil, vulnerável, imaturo ou ingênuo demais. Exatamente por isso, nos casos psiquiátricos graves, acontece com frequência.

Mães de garotos dependentes de drogas abrem suas carteiras para sustentar o vício dos filhos, temendo que eles se tornem ladrões de rua ou contraiam dívidas com traficantes e acabem presos ou assassinados. Pais de moças bipolares pagam as dívidas vultosas contraídas por elas, em momentos de euforia, sem que as filhas tenham de se preocupar em resolver o problema depois. E ninguém da família impõe limites ao parente que passa madrugadas na internet ou na rua, trocando o dia pela noite, fazendo sabe-se lá o que, para não lhe causar nenhum estresse.

A permissividade, muitas vezes, ocorre pelo medo de que a pessoa tenha uma recaída ou uma reação intempestiva se tiver suas atitudes confrontadas. Outras vezes, ocorre mesmo é por cansaço. São atitudes compreensíveis, pela dificuldade da situação, mas não ajudam o familiar a se recuperar.

8. Respeite seus próprios limites

Relacionar-se com uma pessoa em sofrimento mental pode ser bastante duro. Algumas vezes, nem todos os esforços do mundo são suficientes para animar uma pessoa deprimida, por exemplo. O indivíduo perde a vitalidade de tal maneira que não consegue se empolgar nem quando alguém prepara seu prato preferido. Convites para ir ao cinema ou dar um passeio nunca são atraentes o bastante. Por isso, quem está por perto tem de observar até onde aguenta ir, para não sucumbir, ele próprio, ao cansaço e à tristeza. Diz a psicóloga Jônia Lacerda: “Cada um tem seus limites. Até eu, como psicoterapeuta, tenho os meus. Não costumo tratar muitos casos de depressão severa de uma vez, porque eles trazem conteúdos que não são fáceis de segurar. Geralmente, alterno o atendimento a pacientes graves com casos mais leves e atividades acadêmicas”. Segundo a psicóloga, uma forma de ajudar a pessoa deprimida, sem pôr em risco a própria saúde, é simplesmente estar presente. “A melhor forma de apoio pode ser estar por perto e cuidar para que a pessoa vá ao psicólogo, tome os remédios indicados pelo psiquiatra corretamente, tente fazer exercícios físicos e durma horas suficientes, para que tudo isso lhe ajude a sair da tormenta emocional”, ensina. Sentir-se responsável por fazer o familiar reagir e abrir mão da própria vida para se engajar nessa batalha resulta, no mais das vezes, em frustração e cansaço.

Saber o momento de se retirar também é necessário em alguns casos. Às esposas de homens alcoólatras, por exemplo, recomenda-se explicitamente não conversar ou estabelecer qualquer relação com seus maridos enquanto eles estiverem alcoolizados. A psicóloga Jônia Lacerda explica por que: “Se a mulher se confrontar com seu marido alcoolizado, ele provavelmente vai maltratá-la, depois vai se sentir mal por isso e terá mais um motivo para beber. Ou seja, não é bom para nenhum dos dois. A mulher tem que tentar não se expor à violência do álcool – e nessas situações, o que acontece é que ela está conversando com o álcool, não com o marido”. A orientação para esses momentos é a seguinte: vá para um lugar onde esteja protegida e diga ao seu marido: “Quando você melhorar, conversamos”.

Saúde mental no SUS

Quase 150 milhões de brasileiros e brasileiras dependem do serviço público de saúde para terem supridas desde as suas necessidades mais básicas de bem-estar, como o tratamento de simples viroses, até cuidados complexos, como os da área de saúde mental, que envolvem o trabalho conjunto de médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e profissionais de diversas outras áreas. O objetivo deste capítulo é oferecer uma visão panorâmica do atual cenário da assistência psiquiátrica no Brasil, sobretudo no sistema público de saúde, o SUS. Para melhor contextualizar a situação vivida nos dias de hoje, será necessário resgatar alguns dados históricos sobre o tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais tempos atrás.

Desde os primórdios da psiquiatria até bem pouco tempo, o destino de toda pessoa com algum transtorno mental grave era o isolamento em asilos e hospitais psiquiátricos, popularmente chamados de manicômios. Sujeitos que haviam perdido o contato com a realidade, imersos em delírios e alucinações psicóticas; idosos demenciados com grandes alterações de comportamento; e pessoas muito agitadas, impulsivas e agressivas, em função de qualquer doença mental, passavam anos de suas vidas nessas instituições, onde recebiam cuidados de alimentação e higiene e, por vezes, eram submetidas a tratamentos experimentais tão controversos e limitados quanto os conhecimentos que se tinha na época – banhos frios, sangrias, convulsões induzidas com altas doses de insulina e a famigerada lobotomia foram alguns dos recursos testados até a primeira metade do século XX.

O isolamento dos doentes mentais prevaleceu enquanto não se descobriu nenhum tratamento razoavelmente eficiente para esses problemas e a sociedade não conseguia vislumbrar uma convivência com eles. Uma possibilidade real de mudança nesse cenário veio apenas nos anos 1950, com o surgimento da clorpromazina, o primeiro remédio psiquiátrico capaz de controlar os surtos que acometem principalmente as pessoas com esquizofrenia, mas também parte dos indivíduos que sofrem de transtorno bipolar, alcoolismo, dependência de drogas, demências e depressão grave, levando, com frequência, a internações. Uma vez que controla as crises e

estabiliza o comportamento dos pacientes, a clorpromazina permitiu que os portadores de transtornos mentais graves voltassem a conviver em sociedade de maneira mais tranquila e saudável. E aí se criaram as bases para uma grande mudança no modelo de assistência psiquiátrica, em várias partes do mundo. A partir da década de 1960, países da Europa e os Estados Unidos passaram a fechar os manicômios e a criar mecanismos para tratar as pessoas fora do ambiente hospitalar. No Brasil, esse processo de desospitalização dos doentes mentais também vem ocorrendo, desde os anos 1980, e, com mais força, na última década, num processo que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica.¹¹¹

Uma das principais preocupações da Reforma Psiquiátrica era acabar com as más condições de abrigo e tratamento que, de fato, havia em muitas instituições voltadas para doentes mentais. No Brasil, o Asilo de Alienados do Juqueri, em Franco da Rocha, região metropolitana de São Paulo, tornou-se o símbolo maior desses problemas. Criado em 1898, o Juqueri funcionou como instituição modelo até os anos 1930. A partir daí, começou a receber mais pacientes do que tinha condições de tratar. Chegou a ter 14.000 pessoas internadas, em 1958, muitas delas incuráveis.¹¹² Com a superlotação, vieram a falta de profissionais, a degradação das instalações e os maus-tratos. Diante de situações como essa, a palavra de ordem da Reforma Psiquiátrica passou a ser esvaziar os hospitais psiquiátricos e asilos, até fechá-los. E assim vem sendo feito até hoje. Mas com alguns problemas.

Embora fosse necessário e urgente coibir os abusos ocorridos nos manicômios, houve um fechamento brusco das instituições destinadas à internação psiquiátrica, o que resultou – e ainda resulta – na falta de leitos para receber doentes mentais graves quando têm uma crise e precisam de atenção médica intensiva. “Confundi-se o que era má internação, feita em condições ruins, com a necessidade das internações em si”, analisa o psiquiatra Sergio Tamai, um dos diretores da Associação Brasileira de Psiquiatria. Nas últimas duas décadas, enquanto a população brasileira passou de 145 milhões para 190 milhões de pessoas, o número de leitos para internação psiquiátrica passou de 120 mil¹¹³ para 32 mil.¹¹⁴

Para substituir o atendimento anteriormente feito nos manicômios, o Ministério da Saúde do governo brasileiro concebeu uma política de assistência extra-hospitalar, a exemplo do que aconteceu no exterior. A nova política propõe que as pessoas com transtornos mentais sejam tratadas em instituições de saúde abertas, inseridas nas comunidades dos pacientes, permitindo que eles mantenham o convívio com suas famílias e

amigos e participem da vida em sociedade tanto quanto possível. O novo modelo se baseia no princípio de que a participação social e a manutenção dos vínculos afetivos proporcionados pela assistência extra-hospitalar ajudam no tratamento das doenças mentais. O psiquiatra Ajax Pérez Salvador, gerente de uma unidade pública de atendimento extra-hospitalar em São Paulo, ajuda a entender a proposta: “As pesquisas vêm mostrando que, se uma pessoa com transtorno mental tem uma rede social muito estreita, corre maior risco de evoluir mal na doença. Por outro lado, um sujeito com uma rede social ampla tem mais chances de se recuperar de eventuais agravos do transtorno e obter maior êxito na sua trajetória”.

Como principal dispositivo da assistência extra-hospitalar, o governo criou os Centros de Atenção Psicossocial, ou CAPS, pela sigla, como são mais conhecidos. Os CAPS se propõem a atender pessoas com transtornos mentais graves e crônicos, como os adultos com esquizofrenia e transtorno bipolar, as crianças e adolescentes com autismo e psicoses e os usuários de álcool e drogas, que, ao todo, representam um universo de aproximadamente 17 milhões de pessoas, em todo o país.¹¹⁵ Cabe a esses centros prestar atendimento médico e psicológico aos pacientes; fornecer-lhes medicamentos quando necessário; e, principalmente, fazer um trabalho de reabilitação psicossocial, que significa ajudar essas pessoas a recuperar o convívio saudável com suas famílias e a reintegrar-se a suas comunidades, voltando a estudar e a trabalhar ou simplesmente convivendo com outras pessoas em atividades de lazer, cultura e esporte. É também papel dos CAPS dar treinamento e supervisão aos profissionais da rede básica de saúde, como as equipes do programa Saúde da Família, para que eles identifiquem precocemente problemas mentais leves, como alguns quadros iniciais de depressão e ansiedade, e possam tratá-los no princípio. E, por fim, cabe ainda aos Centros de Atenção Psicossocial acompanhar e orientar casos tratados nos hospitais, nos prontos-socorros e nas residências terapêuticas (nestas, moram doentes mentais crônicos que viveram em asilos por muitos anos). Com tudo isso, pretende-se que os CAPS e os serviços que eles centralizam atendam o objetivo primordial de evitar internações.¹¹⁶

No entanto, a vasta lista de funções atribuídas aos CAPS deixa claro que há um excesso de responsabilidades concentradas nesses serviços. O resultado é que muitos dos propósitos definidos para eles acabam não sendo cumpridos. Uma pesquisa feita pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) avaliou o funcionamento de 40% dos CAPS do estado. Como parâmetro, o conselho utilizou a Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde, que define as regras para o

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

funcionamento desses centros. Fiscais do Cremesp visitaram 85 dos 230^{24*} CAPS existentes em São Paulo, entre 2008 e 2009, e constataram que menos da metade deles cumpria o que estabelece a portaria. O relatório do Cremesp¹¹⁷ aponta que:

- 17% dos CAPS não tinham responsável médico;
- 27% não mostraram articulação com os serviços da comunidade para promover a reintegração profissional dos pacientes;
- 30% não mostraram articulação com os serviços da comunidade para promover a reinserção social dos pacientes;
- 45% não realizavam capacitação das equipes de atenção básica de saúde, como os profissionais do programa Saúde da Família, para realizar diagnósticos precoces e tratamentos de problemas mentais leves, na comunidade, e 64% não faziam a supervisão técnica desses profissionais;
- 25% não estavam vinculados a hospitais de sua região para onde pudessem mandar pacientes em casos de emergência médica;
- 42% desses serviços não estavam vinculados a hospitais de sua região onde pudessem internar pacientes, em caso de emergência psiquiátrica.

O relatório do Cremesp qualifica o quadro revelado pela avaliação como “bastante preocupante”.¹¹⁸ E, embora destaque a importância dos CAPS e o “inequívoco avanço na humanização da assistência psiquiátrica”¹¹⁹ que eles representam, conclui: “Os CAPS se revelam incapazes de assumir as funções para os quais foram criados”.¹²⁰ O psiquiatra Mauro Aranha, vice-presidente do Cremesp e um dos coordenadores da pesquisa, considera que, dada a impossibilidade de cumprir todas as funções que lhe cabem, os CAPS acabaram priorizando sua principal vocação, a reabilitação psicossocial. “Esse trabalho de reabilitação psicossocial é de suma importância, mas, sozinho, não resolve o problema dos pacientes com transtornos mentais”, diz Aranha. Na avaliação do médico, partes importantes do tratamento, como a medicação dos quadros agudos e o diagnóstico precoce dos casos mais leves, acabam não sendo realizadas ou coordenadas satisfatoriamente pelos CAPS. “O grande erro da nossa política de saúde mental foi perpetuar um modelo de assistência centralizador: passamos de um modelo centrado nos hospitais para um

modelo centrado nos CAPS. Não se pode privilegiar um equipamento em detrimento dos outros, porque nenhum equipamento consegue fazer tudo sozinho”, avalia o psiquiatra.

O trabalho feito nos CAPS, aliado a outras estratégias coadjuvantes, como a abertura de leitos para internação psiquiátrica em hospitais gerais; a criação de pequenas residências coletivas, as chamadas “residências terapêuticas”, para receber doentes mentais egressos de longas internações em manicômios; e o pagamento de benefícios para que as famílias de pacientes longamente hospitalizados voltem a cuidar de seus doentes crônicos (programa De Volta para Casa), parecem não estar sendo suficientes para prestar assistência aos portadores de transtornos mentais egressos dos hospitais psiquiátricos e dos novos pacientes que surgem a cada ano. O programa De Volta para Casa contempla hoje 3.961 pacientes, as residências terapêuticas abrigam 3.470 pessoas com transtornos mentais e, nos hospitais gerais, há apenas 3.910 leitos psiquiátricos.¹²¹ Levando em consideração as quase 90.000 pessoas desospitalizadas nos últimos 22 anos e todas as deficiências apontadas no serviço prestado nos CAPS, a conta não fecha.

O promotor de Justiça Reynaldo Mapelli Júnior, ex-coordenador da área de saúde do Ministério Público do Estado de São Paulo^{25*} e atual chefe de gabinete da Secretaria Estadual da Saúde, escreveu, em artigo publicado numa revista jurídica, que o descompasso entre o desmonte do modelo anterior e a implantação da nova política gerou “desassistência e agravamento de quadros clínicos, a exigir vagas em leitos que não existem, nem mesmo para situações críticas de surtos psicóticos ou dependência de droga”.¹²²

Como coordenador da área de saúde no Ministério Público de São Paulo, Reynaldo Mapelli recebia, diariamente, telefonemas de outros promotores de Justiça do Estado solicitando ajuda para resolver casos de desassistência a pessoas com transtornos mentais. Segundo o promotor, muitas pessoas não conseguem vagas para internar seus familiares no SUS, mesmo tendo um laudo médico solicitando a internação, em casos de pessoas em surto psicótico, gente seriamente deprimida que tentou suicídio, usuários de álcool e drogas agressivas precisando de desintoxicação e reabilitação, entre outros problemas. Então, procuram a ajuda do Ministério Público. Os promotores de Justiça tentam, a princípio, resolver o problema “diplomaticamente”, com um telefonema para um hospital ou um ofício para o prefeito. Se permanece o impasse, entram com ações judiciais e obtêm ordem do juiz para internar o paciente em

questão, atendendo a solicitação médica. Segundo Mapelli, o número de ações solicitando internação para diversos tipos de transtornos mentais tem aumentado progressivamente nos últimos anos. Esse fenômeno vem sendo chamado de judicialização da saúde mental. Diz o promotor: “O ideal seria que as pessoas não entrassem no sistema de saúde pela porta da Justiça, mas isso vem acontecendo com frequência porque a omissão do poder público é enorme”. O problema assumiu uma proporção tão grande que o Ministério Público de São Paulo definiu como única meta prioritária para a área da saúde, em 2011, a tentativa de garantir às pessoas com transtornos mentais acesso aos tratamentos necessários.

Sem a ajuda da Justiça, conseguir uma vaga para internação de uma pessoa com transtorno mental, no serviço público de saúde, pode levar semanas. Diz o psiquiatra Mauro Aranha: “Muitas vezes, o médico recebe a pessoa em surto no pronto-socorro e, depois de estabilizá-la, acaba dando alta, se ela tem família para tomar conta. Mesmo com medo, sabendo que o paciente precisa da internação, os médicos dão alta. Fazem isso porque é impossível manter uma pessoa em surto num ambiente insalubre e agitado como o do pronto-socorro, deitada numa maca, durante dias seguidos, até conseguir uma vaga para internação. Manter a pessoa num ambiente assim é contribuir para o agravamento do problema dela”.

Embora não se saiba exatamente quantos leitos psiquiátricos seriam necessários para atender a atual demanda por internações, no Brasil, a experiência profissional diária dos especialistas ouvidos na reportagem deste livro, tanto os da área médica quanto judiciária, diz que há uma clara defasagem. Para se ter uma ideia, nos EUA, onde também houve um forte processo de desospitalização dos doentes mentais, a proporção de leitos psiquiátricos por 10.000 habitantes é o triplo do que tem o nosso país, segundo um estudo que levantou dados da política de saúde mental de 192 países de todas as regiões do mundo, publicado na prestigiosa revista científica *Lancet*, em 2007. No Canadá, onde a assistência para pessoas com transtorno mental é tida como referência, a proporção de leitos por 10.000 habitantes é 7,5 vezes a do Brasil, de acordo com o mesmo estudo. O padrão se repete em diversos outros países desenvolvidos, como Alemanha, França, Suíça e até na Itália, que serviu de modelo para a Reforma Psiquiátrica brasileira.¹²³

Clarice, 31 anos, irmã de Julio, 39, portador de esquizofrenia, expõe, de forma simples e direta, seu ponto de vista sobre a redução drástica no número de leitos: “Só quem nunca viu uma pessoa em surto pode pensar que os leitos psiquiátricos são dispensáveis”, diz. A mesma opinião já foi defendida publicamente pelo poeta Ferreira Gullar, pai de dois filhos com

esquizofrenia. Segundo Gullar, quem luta contra o fim das internações “não sabe o que é conviver com pessoas esquizofrênicas, que muitas vezes ameaçam se matar ou matar alguém. Não imagina o quanto dói a um pai ter que internar um filho, para salvá-lo e salvar a família”,¹²⁴ escreveu em sua coluna no jornal *Folha de S.Paulo*. No mesmo artigo, o poeta chama a atenção para um dado da realidade muitas vezes ignorado: “As famílias de posses continuam a pôr seus doentes em clínicas particulares, enquanto as pobres não têm onde interná-los. Os doentes terminam nas ruas como mendigos, dormindo sob viadutos”.

A falta de assistência psiquiátrica às populações pobres tem mesmo esse triste desdobramento. Estudos indicam que até metade das pessoas que vivem nas ruas sofrem de algum problema mental.¹²⁵ No sistema prisional, o problema também é enorme. Um levantamento feito em penitenciárias e centros de detenção paulistas, pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em 2006 e 2007, mostra que, entre os sujeitos presos pela primeira vez, a prevalência de esquizofrenia é de 4% – quatro vezes a taxa de esquizofrenia na população em geral –; e, entre os presos reincidentes, essa proporção chega a 7,7% – quase oito vezes a taxa de esquizofrenia na população. Doze por cento da população carcerária tem algum transtorno mental grave, incluindo, além da esquizofrenia, as demais psicoses, o transtorno bipolar e a depressão severa. Projetando a estatística para o universo de presos em todo o Brasil, chega-se a uma estimativa de 60.000 pessoas com doenças mentais sérias dentro das prisões, via de regra, sem atendimento médico. Como o número de doentes mentais graves na prisão é quase o dobro do número de pacientes internados em instituições psiquiátricas no sistema público de saúde, em todo o país, um dos autores do estudo, o psiquiatra forense José Taborda, concluiu que “o maior hospital psiquiátrico no Brasil é a cadeia”.¹²⁶

O médico Drauzio Varella, que prestou atendimento voluntário no presídio do Carandiru (oficialmente Casa de Detenção de São Paulo), durante 13 anos, descreveu em seu livro de memórias, *Estação Carandiru*, a situação dos portadores de transtornos mentais na prisão: “No segundo andar, há um trecho da galeria cujas celas são identificadas com um cartão afixado: ‘DM’, sigla que identifica os ‘doentes mentais’. O critério para lhes atribuir tal rótulo é incerto, uma vez que não existe serviço especializado em psiquiatria na Casa. Alguns dos DMs já chegaram com distúrbios sérios de comportamento, outros entraram em surtos psicóticos na própria cadeia e avançaram sem motivo para esganar o companheiro, tentaram suicídio, desenvolveram quadros depressivos graves ou

esgotaram o cérebro no cachimbo de *crack*”.¹²⁷ Depois que o Carandiru foi desativado, Drauzio Varella passou a prestar atendimento na Penitenciária Feminina da Capital. Embora sua especialidade não seja a psiquiatria, tantos anos de convívio no ambiente da prisão lhe permitiram perceber que o desequilíbrio mental de presos e presas se agrava na cadeia, sobretudo devido ao uso de drogas, bastante generalizado no sistema penitenciário. Quando atendia no Carandiru, o médico viu o *crack* invadir a casa de detenção. O ano era 1992. Os próprios detentos estimavam que pelo menos 60% dos presos da Casa de Detenção eram usuários da droga. Na rotina da prisão, era possível reconhecê-los por seus delírios de perseguição – paranoia, ou noia, como chamam –, andando apavorados pelas galerias, gritando e fugindo de inimigos imaginários. Em *Estação Carandiru*, Drauzio reproduz o relato de Ronaldo, craqueiro, sobre a paranoia que experimentava sob o efeito da droga:

— O *crack* é tão devastador para a mente da pessoa que eu fumo trancado no xadrez e cismo que tem alguém debaixo da cama com a faca para me matar. Fico apavorado, quero olhar, mas tenho medo de abaixar e ele me furar os olhos. Demoro para criar coragem e espio bem depressa. Lógico que não vejo ninguém, estou sozinho no xadrez fechado, mas mesmo assim fico na dúvida: tem sim, eu é que não vi direito. Abaixo mais uma vez, apesar do medo que me fure o olho, e não vejo nada. Mas não adianta, não me convenço, e olho de novo. E assim é, dez, quinze vezes. Quando o efeito vai abaixando, eu percebo que foi tudo paranoia: como é que pode ter alguém aqui, se o xadrez é minúsculo e a porta está trancada? Antes de dar outra cachimbada, olho debaixo da cama e confiro se a porta está bem fechada; chego a espiar dentro do boi [nome dado pelos presos ao vaso sanitário]. Tudo bem, vou fumar de novo e dessa vez a noia não vai me atacar. É só cachimbar, doutor, repete tudo a mesma coisa: tem alguém debaixo da cama, vai me matar, se eu olhar vai me furar a vista...

No final, Ronaldo resume a existência do usuário de *crack*:

— É triste o nosso destino. Se existe inferno na Terra, é a vida de nós, craqueiros.¹²⁸

Drauzio Varella viu muitas vezes se repetir um mesmo fenômeno com

os craqueiros recém-chegados à cadeia: sem *crack* para usar, eles dormem dois dias seguidos. São acordados pelos companheiros de cela apenas para comer e depois voltam a dormir pesado. No terceiro dia, acordam e começam a tomar pé da situação. Ficam agitados no começo, mas, depois de uma semana, acalmam-se. “Essa é a hora que o craqueiro tem cabeça para decidir se quer continuar no *crack* ou não. Ele precisa ser tirado da confusão toda da droga para ter mínima condição de fazer uma escolha”, diz o médico. Com base nessa percepção, Drauzio escreveu um artigo ao jornal *Folha de S.Paulo*, em julho de 2011, em que defendia, mesmo a contragosto, a internação compulsória para dependentes de *crack*. No artigo, chama a atenção para a hipocrisia de não se poder internar compulsoriamente os viciados, mas mandá-los para a cadeia assim que eles roubam o primeiro transeunte. Movido pela indignação de uma leitora do jornal perante seu posicionamento, Drauzio resolveu fazer uma enquete pessoal com as mulheres que eram usuárias de *crack*, quando foram presas na penitenciária feminina onde faz atendimento voluntário. “Achei melhor perguntar para quem escapou dessa do que ficar no meio de uma discussão de intelectuais, opinando sobre o destino das pessoas”, diz. A mais de 100 dessas mulheres, Drauzio perguntou: “Você acha que os viciados em *crack* deveriam ser internados mesmo contra a própria vontade ou só se concordarem com a internação?”. Segundo Varella, nenhuma delas, até o momento, disse-lhe considerar obrigatório pedir a opinião da pessoa e ter sua concordância para a internação. A resposta que mais recebeu foi: “Tem que internar, se não, morre de tanto fumar pedra”. O médico conta: “Nunca pensei que fosse ouvir alguém dizer ‘Graças a Deus que eu vim presa’. Mas eu ouvi dessas mulheres. E não foi só uma ou duas vezes”.

Hoje, segundo Varella, o *crack* foi banido das prisões paulistas, “porque atrapalha os negócios do tráfico”. Mas a cocaína continua sendo consumida por muitos – “certamente, mais da metade dos presos usa”, diz. Segundo o médico, é muito comum, principalmente no caso das mulheres, experimentar cocaína pela primeira vez já dentro da prisão. Além do uso generalizado de drogas, o confinamento, o ócio, a falta de espaço, o convívio forçado com outras pessoas e a tensão constante contribuem para a eclosão de insanidades. Um dos personagens de *Estação Carandiru* descreve a situação: “Sabe lá o que é isso, doutor, entra ano e sai ano, nenhum minuto o senhor pode ficar na sua? É onde que muito companheiro de mente fraca perde as faculdades e dá cabo da própria existência”.¹²⁹ E outro emenda: “Dia e noite preso, no meio de cara chapado e neurótico da mente. O senhor dorme do lado de um desconhecido, dá cinco minutos nele e ele te voa na sua garganta. Não tem

descanso, é tortura psicológica para o ser humano, doutor”.¹³⁰ Drauzio se admira que ainda haja gente saudável e equilibrada dentro das prisões brasileiras. “É enlouquecedor”, diz.

Fora das prisões, a dificuldade de obter assistência psiquiátrica no sistema público de saúde tem ainda outro “efeito colateral”: a criação de clínicas particulares clandestinas. A promotora de Justiça Ana Paola Ambra investigou a situação de 13 clínicas que vinham funcionando há anos sem qualquer licença, em Franco da Rocha, na Grande São Paulo – mesma cidade que abriga o Asilo de Alienados do Juqueri, que chegou a ter 14.000 pacientes, virou símbolo dos hospitais psiquiátricos de má qualidade e vem sendo gradativamente desativado, abrigando hoje aproximadamente 200 pacientes.¹³¹ Nas 13 clínicas clandestinas de Franco da Rocha viviam cerca de 230 pessoas, no período da investigação – idosos com Alzheimer internados junto a alcoolistas e pacientes com transtornos mentais graves e crônicos, a maioria psicóticos, convivendo com pessoas acamadas em função de derrames ou outros problemas de saúde. Todas de famílias pobres, cujos adultos precisam trabalhar e não têm como cuidar de seus doentes. Via de regra, as famílias pagavam a permanência de seus familiares nas clínicas ilegais com a aposentadoria ou outros benefícios da assistência social a que os idosos e os doentes mentais têm direito. Os valores pagos equivalem, em geral, a um salário mínimo. A situação em que essas pessoas foram encontradas por representantes do Ministério Público e da Vigilância Sanitária é degradante: elas passavam os dias comendo, tomando remédios e dormindo. A cada 15 dias, recebiam a visita de um psiquiatra que fornecia receitas para a retirada de remédios em farmácias do governo. Algumas vezes, os medicamentos eram usados mesmo fora da data de validade e até sem identificação. Os pacientes usavam baldes como vasos sanitários. Em uma das clínicas, um paciente foi encontrado amarrado, por tumultuar o horário das refeições. Noutra, uma mulher chegou a receber, por sonda, uma mistura de arroz e feijão peneirados e morreu. O Ministério Público de Franco da Rocha descobriu que a proprietária dessa última clínica já havia sido condenada por prática ilegal de aborto, no mesmo endereço, anos antes. Segundo a promotora Ana Paola Ambra, as clínicas clandestinas investigadas eram gerenciadas por pessoas sem qualquer formação na área da saúde. Depois da investigação do Ministério Público, cinco das 13 instituições receberam ordem de interdição, por internar pessoas compulsoriamente, sem amparo médico e legal, por praticarem maus-tratos e por não atenderem aos requisitos mínimos requeridos pela Vigilância Sanitária.^{26*}

É preciso deixar claro que a prática de internação deve, sim, ser o último recurso terapêutico empregado, como preconiza o Ministério da Saúde. Ninguém quer um familiar passando os dias no hospital se há maneiras de tratá-lo junto da família. A ideia é que, a exemplo do que acontece em outras especialidades médicas, cada vez mais se invista em prevenção, a cada dia os diagnósticos sejam feitos mais cedo, e, mais e mais, os remédios e outros recursos de tratamento ganhem eficiência, a ponto de que a necessidade de hospitalizações seja mínima. Isso já acontece, em boa medida, nos serviços particulares. O psiquiatra Mauro Aranha relata: “No meu consultório, atendo pessoas com transtornos moderados a graves. Entre uma consulta e outra, pacientes e seus familiares me ligam para relatar eventuais problemas, como a piora do quadro, por exemplo. Como já os conheço, por telefone mesmo, eu os oriento – ajusto a dosagem do remédio ou alerta para não deixar de tomar a medicação. São orientações simples, mas que fazem muita diferença no controle da doença. Ajuda muito o fato de que os remédios de hoje são muito mais eficazes que vinte anos atrás. Então, se a pessoa está entrando num surto psicótico, a família dá a medicação e controla direitinho, a maioria pode permanecer em casa. Antigamente, eu internava um a dois pacientes por mês. Hoje, interno um a dois a cada seis meses. Resumindo: se houver um atendimento de base que funcione, quase não é preciso internação”.

Mas, enquanto esse ganho de eficiência não ocorre no sistema público de saúde como um todo, é preciso preservar uma quantidade suficiente de leitos destinados à internação psiquiátrica, para que não haja desassistência. Para deixar claro mais uma vez: fala-se aqui de internações que duram cerca de um mês, apenas para estabilizar o quadro, como se pratica hoje, não hospitalizações de anos a fio, como se fazia antigamente. Além disso, é necessário seguir investindo na construção de uma rede de atendimento em saúde mental que funcione de fato como uma rede. Segundo os especialistas, para ter um sistema mais efetivo, é preciso descentralizar o atendimento dos CAPS, liberando-os do excesso de funções e permitindo que exerçam sua vocação primordial – o trabalho de reabilitação psicossocial –, além de cobrir os “buracos” da rede de assistência, oferecendo outros serviços que ainda estão deficientes: ambulatórios especializados em saúde mental, para cuidar das consultas médicas e psicológicas dos quadros agudos; treinar os profissionais do Programa Saúde da Família e dos postos de saúde para tratar os transtornos mais simples na base, evitando que se agravem e cronifiquem e precisem de internações; e criar unidades psiquiátricas em hospitais gerais, para fazer a internação, quando necessário, sem que haja o estigma dos

manicômios. O psiquiatra Sergio Tamai avalia: “Sem uma rede de assistência que funcione de forma articulada, não vamos conseguir reduzir significativamente a necessidade de internações e cumprir o principal propósito da Reforma Psiquiátrica”.

Saúde mental no serviço particular

Como é regra nos assuntos de saúde, no Brasil, a realidade de quem depende do SUS é bem diferente da realidade de quem pode pagar por serviços particulares ou, no mínimo, consegue arcar com o custo mensal de um plano de saúde. No caso dos convênios médicos, a cobertura para tratamento de transtornos mentais vem se ampliando aos poucos, por determinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS, que regulamenta esse tipo de serviço. Hoje, os convênios são obrigados a cobrir todas as consultas com psiquiatras, sem número limite; 12 sessões de psicoterapia ao ano; até 40 sessões anuais de terapia ocupacional; atendimento de urgência e emergência a partir de 24 horas de vigência do contrato; e internação também por prazo indeterminado. Apesar da ampliação da cobertura – até pouco tempo atrás, o prazo das internações podia ser limitado a 30 dias, por exemplo –, o número de profissionais conveniados a seguros de saúde é ainda bastante limitado, já que os médicos recebem das seguradoras um valor ínfimo, quando comparado à remuneração no serviço particular. Conseguir uma consulta por meio do convênio médico pode levar mais de um mês.

O número de psiquiatras no país é deficiente, o que tende a tornar o tratamento dos transtornos mentais bastante caros. Há pouco mais de 5.000 psiquiatras atuando no país no SUS,^{27*} o que significa que há três psiquiatras para cada 100.000 habitantes – a proporção nos países desenvolvidos é de 10 psiquiatras por 100.000 pessoas, segundo o estudo do *Lancet*.¹³² E esses profissionais estão concentrados na Região Sudeste, onde há cinco psiquiatrias por 100.000 habitantes. No Nordeste do país, há menos de um psiquiatra para cada 100.000 habitantes.¹³³ Dada a escassez da oferta e o excesso de demanda por médicos, o valor da consulta particular com um psiquiatra bem conceituado pode custar mais de R\$ 1.000. O gasto mensal com remédios chega a R\$ 2.500, no caso dos transtornos mais graves. A sessão de um terapeuta qualificado não fica por menos de R\$ 100, no caso dos profissionais mais acessíveis (lembrando que serão, no mínimo, quatro encontros por mês). E, se é necessária a internação, gastam-se até R\$ 20.000 por mês para custeio do tratamento numa clínica particular de boa reputação. Sem dúvida, é para bem poucos.

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Notas

[24*](#) Em maio de 2012, quando este texto passou pela última revisão de conteúdo, o número de CAPS em São Paulo havia aumentado para 282, segundo o relatório *Saúde Mental em Dados 10*, divulgado no site do Ministério da Saúde (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>).

[25*](#) Quando foi entrevistado para este livro, em agosto de 2011, o promotor de Justiça Reynaldo Mapelli Júnior ainda ocupava o cargo de coordenador da área de saúde do Ministério Público do Estado de São Paulo.

[26*](#) Os dados sobre as clínicas clandestinas foram fornecidos pela promotora de Justiça Ana Paola Ambra, em setembro de 2011.

[27*](#) Não há dados oficiais quanto ao número de profissionais que trabalham apenas no serviço privado, mas estima-se que o total de psiquiatras no país, em todos os tipos de serviço, não passe de 12.000.

Melhor prevenir que remediar

No segundo capítulo deste livro, foram destacados os principais fatores de risco associados ao adoecimento da alma. Como você deve se lembrar, o simples fato de ser mulher e estar na faixa dos 20 anos de idade, por exemplo, já coloca uma pessoa em duas posições de maior vulnerabilidade para ter uma depressão ou um problema de ansiedade. Outros elementos, como viver numa grande cidade e estar constantemente exposto à violência, também jogam a favor da possibilidade de se desenvolver uma doença da mente. E, independentemente de ser homem ou mulher, viver no campo ou na cidade, ter um bom nível socioeconômico ou viver em condições precárias, todas as pessoas passarão por episódios estressantes na vida – a morte de alguém querido, a distância dos amigos e da família, o excesso de trabalho ou a falta dele, a pressão do vestibular, um divórcio, episódios de violência, acidentes... – que poderão cair como a gota d'água que faltava para desencadear esse tipo de transtorno. Portanto, é impossível para qualquer pessoa desviar-se de todos os fatores que a colocam em risco de ter um desequilíbrio mental. Porém é possível investir em comportamentos que protegem a saúde da mente – juntos, eles formam uma espécie de rede de segurança da alma, que ameniza o impacto das agruras da vida e ajuda a evitar o surgimento de transtornos psíquicos.

A ciência vem estudando com afinco os hábitos capazes de ajudar pessoas a se fortalecerem emocionalmente para lidar com desafios e dificuldades. São elementos que aumentam a *resiliência*, um conceito tomado emprestado da física e que indica a capacidade de um indivíduo passar por situações estressantes sem acumular sequelas emocionais e ainda sair fortalecido desse processo – assim como alguns materiais têm a propriedade de retomar sua forma original, sem se deformar ou sofrer danos permanentes, depois de serem submetidos a uma forte tensão. O exemplo mais simbólico desse atributo é a vara usada no esporte de salto em altura, que enverga até o limite sem quebrar e ainda é capaz de acumular energia suficiente para impulsionar uma pessoa para o alto, seis metros além do chão.

Neste capítulo, serão apontados os comportamentos que, comprovadamente, conferem resiliência emocional às pessoas. Numa primeira etapa, serão indicados hábitos que cada um pode adquirir em benefício próprio. E, na segunda parte, apresentamos sugestões de atitudes protetoras que mães e pais podem adotar pela saúde mental de seus filhos.

O que você pode fazer por sua saúde mental?

1. Pratique atividade física regularmente

A saúde física anda de mãos dadas com a saúde mental – os sujeitos que têm dores frequentes no corpo ou doenças crônicas, como diabetes e obesidade, têm pelo menos duas vezes mais ocorrências de depressão e ansiedade exagerada que a população em geral.¹³⁴ Na outra ponta, aqueles que cultivam um físico saudável mantêm a mente mais equilibrada. Um estudo realizado recentemente por pesquisadores americanos comparou os benefícios de se praticar 45 minutos de atividade aeróbica (caminhada e/ou corrida na esteira), três vezes por semana, durante quatro meses, ao efeito de um antidepressivo (sertralina) usado também por 120 dias, no tratamento de 202 homens e mulheres com média de idade de 53 anos que tinham diagnóstico de depressão. Os estudiosos verificaram que a eficácia dos dois métodos foi praticamente a mesma: no grupo de pessoas que fizeram a atividade física regular de forma supervisionada por profissionais, 45% tiveram seus sintomas reduzidos a ponto de não serem mais consideradas depressivas, ao final dos quatro meses; entre as que fizeram o mesmo padrão de exercícios, porém sozinhas, em casa, a remissão dos sintomas ocorreu em 40% dos casos; e, por fim, entre as que tomaram a medicação, sem fazer exercícios, 47% tiveram a doença controlada. Ou seja, praticar atividade física regular (especialmente com o apoio de um profissional) teve o mesmo efeito de tomar 50 a 200 miligramas de sertralina diariamente.¹³⁵ Difícil é convencer pessoas em depressão a fazer atividade física fora do contexto de um estudo. O humor, a energia e a motivação ficam tão prejudicados que, em muitos casos, a pessoa não consegue se empenhar na tarefa, mesmo sabendo que a ginástica lhe fará bem. Ou seja, o melhor é começar a praticar atividade física o quanto antes para evitar que a melancolia e outras dores da alma apareçam para dar um aceno e alimentem pretensões de ficar.

Os mecanismos que associam a saúde da mente e do corpo vão muito além da ação fisiológica da atividade física, que envolve a liberação de endorfina, hormônio que provoca sensação de bem-estar e melhora o

estado de espírito das pessoas. Exercícios físicos regulares contribuem para o equilíbrio emocional também por outros motivos: proporcionam um tempo de distração, ajudando o sujeito a esquecer os problemas e obrigações por alguns minutos; provocam uma sensação de orgulho da pessoa em relação a si mesma, ao aprender um novo esporte ou melhorar sua performance; oferecem maiores oportunidades de interação social; deixam o corpo mais bonito e melhoram a autoestima; e exigem o desenvolvimento de disciplina e persistência, habilidades úteis na conquista de objetivos e na resolução de problemas, em diversas áreas da vida.

Há evidências recentes de que pôr o corpo para funcionar ajuda também a manter em forma os neurônios, prevenindo o aparecimento das demências, como o mal de Alzheimer. O exercício corporal tem uma ação – ainda pouco conhecida, mas já constatada – de preservar o bom funcionamento das células neuronais no cérebro. Ou seja, ao contrário do que se pensava antigamente, não são só as atividades intelectuais que têm benefício para a memória das pessoas com mais de 60 anos.

Para garantir o bem-estar da mente, o ideal é que a pessoa reserve alguns minutos do dia para praticar uma atividade física que tenha como único objetivo o autocuidado, ainda que o sujeito já tenha o hábito de caminhar em seus deslocamentos ou exercite o corpo em seu trabalho. A recomendação é do psiquiatra Hermano Tavares, professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, responsável pela área de atenção primária em saúde mental, que envolve a prevenção de transtornos psiquiátricos. Ele explica por que: “É importante a pessoa ter um momento do dia para ficar só consigo mesma, em que ela possa aumentar a consciência de seu corpo e prestar atenção às suas necessidades. Por causa do excesso de estímulos que há no mundo de hoje, em que tudo parece muito importante e urgente, andamos um tanto alheios a nós mesmos, com pouco tempo para enxergar o que há dentro de nós. Praticar um esporte é uma boa oportunidade para isso. Parece um grande clichê, mas é uma baita verdade”, diz.

2. Durma bem

Algo tão natural e prazeroso quanto dormir parece não exigir o menor esforço de convencimento para que as pessoas o façam de maneira adequada e em quantidade suficiente, certo? Errado. Já se foi o tempo em que a ida para a cama era naturalmente sincronizada com o fim da luz do dia e dormir era considerado algo imprescindível. Com a quantidade

infindável de estímulos e fontes de informação que existem hoje – incluindo aí internet, TV, DVDs, *videogame*, *tablets*, celulares, *notebooks* e computadores de mesa –, criamos a possibilidade real de permanecer conectados 24 horas por dia. Se não o fazemos de verdade, é por sermos (ainda) obrigados a atender à necessidade fisiológica de (algum) sono. Mas é fato que andamos roubando algumas horas de descanso na cama para abocanhar uma porção a mais de informação, trabalho e diversão diária.

Especialistas calculam que, na última década, produzimos mais informação que nos 5.000 anos anteriores. Para se ter uma ideia mais concreta do tamanho do salto, uma única edição de domingo do jornal *The New York Times* tem cerca de 12 milhões de palavras – é mais conteúdo escrito do que aquele que um cidadão do século XVII recebia ao longo de toda a vida, segundo a conta do americano Richard Saul Wurman, autor do livro *Ansiedade de informação*. Com tanta novidade à nossa espera, dormir virou algo meio despropositado, perda de tempo, luxo. “Ultimamente, estamos levando ao limite as possibilidades de armazenamento de informações no cérebro, um sistema que, apesar de ter uma capacidade incrível, não é ilimitado. Isso pode ter consequências ruins para a nossa saúde física e mental”, alerta o psiquiatra Hermano Tavares.

Dormir horas suficientes e ter um sono de qualidade é importante para regular o humor, preservar a capacidade de concentração e memória, equilibrar os níveis de ansiedade e controlar os impulsos. Noites maldormidas podem alimentar comportamentos como a compulsão por jogos e o uso de drogas, ligados à impulsividade, aumentar a sensibilidade das pessoas às pressões que lhes deixam ansiosas, dar um empurrãozinho a mais na direção de um processo depressivo, acentuar os sintomas de déficit de atenção em crianças e até desencadear precocemente quadros de euforia em pessoas predispostas a desenvolver o transtorno bipolar.

Um dos mecanismos fisiológicos que explica a necessidade do sono reparador para a saúde mental é o fato de que alguns dos hormônios relacionados ao humor – a melatonina, por exemplo – são secretados apenas durante o sono noturno. Portanto, se uma pessoa dorme poucas horas à noite, fica com esse mecanismo descompensado e tem o estado de espírito alterado. Não é à toa que qualquer um fica mal-humorado e irritadiço quando passa três noites seguidas sem dormir direito.

Se não é saudável dormir de menos, ficar na cama além da conta também não é um bom negócio, sobretudo porque a pessoa perde a exposição à luz matutina, que ajuda a regular os ritmos biológicos. A exposição à claridade do dia interfere no ciclo sono-vigília, relacionado ao equilíbrio emocional e ao bom funcionamento do intelecto, influenciando,

em consequência, os comportamentos. Por isso, o médico Hermano Tavares dá a seus pacientes a seguinte recomendação: “Não fique na cama depois das 10h da manhã, ainda que tenha ido para a balada no dia anterior e voltado às 5h para casa. Mesmo nesses casos, levante-se às 10h, pegue o seu cachorro ou qualquer outro pretexto que você tenha para sair de casa, dar uma caminhada na rua e deixar a luz do sol impregnar a sua retina por pelo menos 20 a 30 minutos. Isso ajudará a regularizar os seus ritmos biológicos. Depois, volte, faça alguma atividade e, se quiser, desconte o sono atrasado com um pequeno cochilo à tarde. Mas atenção: não queira compensar todo o sono perdido durante o dia porque os cochilos fora de hora vão roubar horas do sono da noite, que é o mais importante à saúde”. Anote.

Metade dos brasileiros tem alterações no sono – demora para conseguir dormir, dificuldade excessiva para acordar, sono entrecortado, sensação de que não descansou, pesadelos e toda sorte de problemas que interferem na qualidade de vida e no desempenho durante o dia. Noventa por cento desses problemas poderiam ser resolvidos com o que os médicos chamam de “higiene do sono”: eliminar os maus hábitos que atrapalham a dormir bem e adotar costumes que tornam a relação com o travesseiro mais harmoniosa. Anote aí também: 1) pratique atividades físicas no máximo até três horas antes de ir se deitar e não adormeça com a TV ligada. É preciso ir diminuindo os estímulos à medida que a noite cai para que o cérebro vá se desligando aos poucos e possa prover um sono de qualidade. 2) Modere o consumo de café e de outras bebidas estimulantes – mais de 500 miligramas de cafeína por dia (o equivalente a três xícaras de café expresso ou a cinco xícaras de café coado) podem desencadear sintomas de estresse: agitação, taquicardia, tremores e – adivinhe – insônia. O limite considerado saudável é de até 3 miligramas de cafeína diariamente por quilo de peso corporal, o que equivale a dois cafezinhos para uma pessoa de 60 quilos ou três para uma pessoa de 80 quilos. 3) Prepare o quarto para dormir de modo que ele fique completamente escuro e arejado. 4) Respeite o horário em que você tem sono – depois que ele passa, pode ficar bem mais difícil conseguir repousar. 5) Por último, mas não menos importante: separe horas suficientes para descansar. Ainda que haja alguma variação individual, dormir oito horas por noite é condição mínima para o descanso de 80% dos adultos. Crianças e adolescentes costumam precisar de um pouco mais de horas de repouso – até dez horas, geralmente – e os idosos, um pouco menos – seis horas, em média.

3. Exerça alguma forma de espiritualidade

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

A luta que o ator Reynaldo Gianecchini encampou contra um câncer raro e agressivo no sistema linfático, entre os meses de agosto de 2011 e fevereiro de 2012, trouxe à baila uma questão que se discute de tempos em tempos: o poder benéfico que a espiritualidade exerce sobre a saúde. Amparado por alguns dos melhores médicos do país e podendo contar com os mais avançados recursos de tratamento oncológico que a medicina tradicional oferece, ele não abriu mão do apoio de um líder espiritual. O ator passou por um ritual de mentalização a distância popularmente denominado “cirurgia espiritual”, recebeu a visita de um médium em seu quarto, no hospital, e tomou cápsulas de plantas medicinais. Aguentou firme pesadas sessões de quimioterapia e um delicado procedimento que destruiu sua medula para depois preenchê-la com células saudáveis, deixando-o vulnerável a toda sorte de infecções, durante vários dias. Seis meses depois, o ator não tinha mais sinais da doença no corpo.

Não são apenas um ou dois os casos de pessoas que, a exemplo de Gianecchini, encaram doenças gravíssimas com uma serenidade que mais parece a de alguém que está passando por um simples resfriado. Via de regra, são pessoas que cultivam alguma forma de espiritualidade, seja ela uma religião formal ou qualquer outra maneira de entrar em contato com determinado poder superior ou plano energético. Sobretudo nos últimos vinte anos, a medicina vem progressivamente despindo-se de preconceitos e submetendo a crença religiosa a seu método científico de estudos para tentar entender que caminhos conectam a espiritualidade à saúde e ao bem-estar de uma pessoa. A psiquiatria e a psicologia entraram também nessa empreitada, buscando compreender, especificamente, os efeitos da transcendência sobre a saúde da mente.

No texto *Psiquiatria e religião*,¹³⁶ os psiquiatras Francisco Lotufo Neto e Frederico Camelo Leão junto com o psicoterapeuta, filósofo e pastor Zenon Lotufo Jr. destrincham os mecanismos pelos quais a religião atua sobre a saúde mental, ajudando na prevenção e no tratamento de doenças como depressão, ansiedade, personalidade antissocial e, principalmente, alcoolismo, tabagismo e dependência de drogas em geral. Segundo os especialistas, a religião afasta esse tipo de problema, primeiramente, por propor um *estilo de vida saudável*. Via de regra, prima pela moderação como requisito para se alcançar intimidade com o sagrado. Ingerir bebidas alcoólicas, fumar, fazer uso de drogas, nutrir emoções negativas de raiva e hostilidade e estabelecer competições exageradas com outras pessoas são comportamentos que estão por trás dos desequilíbrios emocionais e psíquicos mais comuns e geralmente são coibidos pelas igrejas.

A *rede de apoio social* que se forma nas comunidades religiosas é

também bastante útil em momentos de solidão, luto e depressão. Mas não é só isso. Um estudo que comparou o efeito da religião sobre a saúde mental aos benefícios de se frequentar clubes que também oferecem apoio de grupo mostrou que a prática religiosa tem benefícios superiores nesse campo. “Algo mais existe nela”, afirmam Francisco, Frederico e Zenon. As crenças que compõem uma religião também dão à pessoa que tem fé a sensação de que ela sabe em que terreno está pisando e para onde deve ir. Portanto, as crenças religiosas conferem autoconfiança às pessoas e dão propósito às suas vidas. Os *rituais* religiosos em si oferecem a possibilidade de catarse, afastando medos, incertezas, frustrações, solidão, raiva, agressividade, desespero, e renovam a esperança, alimentando a ideia de que “para tudo na vida há uma solução”. A *oração*, dizem os autores, “é uma das formas mais antigas de intervenção terapêutica e continua sendo frequentemente utilizada, inclusive pelos médicos (dois terços de uma amostra de 126 médicos relatam rezar pelos seus pacientes)”.¹³⁷ O poder da oração fica evidente num estudo realizado com quase 400 pacientes com problemas cardíacos admitidos num hospital na Califórnia, Estados Unidos. Metade deles teve seu nome repassado a um grupo religioso fora do hospital, que rezou por essas pessoas durante dez meses. A outra metade do grupo não esteve nas orações dessa comunidade religiosa. Ao final do estudo, os que receberam preces em seu nome tiveram menos complicações de saúde, como edemas pulmonares, foram entubados com menos frequência e receberam dosagens menores de antibióticos e medicamentos diuréticos usados no tratamento da insuficiência cardíaca.

Alguns argumentos, no entanto, jogam contra a religião em sua influência sobre a saúde mental. Há quem a considere prejudicial ao equilíbrio psíquico por estimular o sentimento de culpa, o medo da punição, a repressão da raiva, a divisão das pessoas entre “santas” e “pecadoras” e a intolerância com quem não segue o mesmo sistema de crenças e igual estilo de vida. Exatamente por isso, os estudiosos do assunto dividem a vivência da religiosidade em dois grupos: humanista, madura, saudável e funcional *versus* autoritária, neurótica, patológica e disfuncional. Em sua tese de livre-docência, Francisco Lotufo Neto, professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP explica a diferença: “É funcional, se satisfaz as necessidades da pessoa por um sentido, autoestima e sensação de controle pessoal. Disfuncional, se leva a dogmatismo, se restringe o pensamento e limita a liberdade e as oportunidades, distorcendo a realidade, separando as pessoas e despertando medo e ansiedade”.¹³⁸

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Em função dessas questões controversas (e porque não dá para recomendar que um sujeito seja religioso, apenas estimular que ele exercite sua religiosidade, caso a Igreja já tenha um papel importante em sua vida), o psiquiatra Hermano Tavares orienta que as pessoas busquem a espiritualidade em qualquer atividade transcendente, ainda que não seja a religião. Ele explica: “Buscar a transcendência é ir atrás de uma ‘realidade maior’ do que aquela alcançada pelos sentidos, ou seja, de algo que a gente não consegue perceber enxergando, tocando, escutando, cheirando ou degustando, e que ajuda a trazer paz de espírito. A pessoa pode buscar transcendência na meditação, na expressão artística, ou em qualquer atividade reflexiva, até mesmo a psicoterapia. As linhas de terapia analítica, como a psicanálise, a terapia *junguiana* e outras, cumprem esse papel da transcendência muito bem, ao colocar o indivíduo para pensar nos significados mais amplos das suas ações e nas relações que ele estabelece com o ambiente em que vive”, diz Tavares. Desse ponto de vista, é possível até ter uma espiritualidade sem necessariamente acreditar em Deus. “Existem pessoas que preferem viver somente na relação com o aqui e o agora, o imediato, concreto e racional. Essas pessoas têm que ser respeitadas, mas os estudos indicam que há promessa de mais saúde e bem-estar quando se busca alguma relação com essa ‘realidade maior’”, pondera.

4. Pratique ioga

Embora a maior parte das técnicas de ioga tenha nascido no bojo de tradições religiosas e espirituais da Índia, cerca de 5.000 anos atrás, hoje, essas práticas são adotadas por pessoas de diferentes culturas, em todo o mundo, que buscam nessas atividades equilíbrio e bem-estar, à parte os aspectos religiosos historicamente envolvidos. A psiquiatria e a psicologia também andam bastante interessadas nos benefícios dessas práticas para o equilíbrio emocional e psíquico, já tão amplamente constatados empiricamente, e que os especialistas dessas áreas vêm buscando validar pelo método científico.

Para provar que o ioga tem um efeito preventivo contra o adoecimento da mente, a comunidade acadêmica tem feito um caminho indireto: pesquisadores do assunto têm se empenhado em demonstrar o efeito terapêutico dessa prática entre pessoas que já padecem de algum transtorno psiquiátrico. Há nesse caminho de investigação científica uma questão de ordem prática: estudos sobre prevenção requerem um acompanhamento de décadas e exigem o envolvimento de uma população bastante grande para

se verificar com precisão se determinado elemento teve mesmo um efeito protetor, ou seja, nesse caso, se de fato a prática do ioga evitou que pessoas desenvolvessem um transtorno mental ao longo da vida. Por isso, antes de partir para um estudo dessa complexidade, os pesquisadores costumam testar se as técnicas funcionam em sujeitos que já estão doentes, algo mais simples e rápido de se verificar – basta submetê-los a determinado procedimento durante alguns meses e avaliar se eles obtiveram ou não melhoras em seus sintomas. A ideia, então, é: comprovando agora que o ioga propicia equilíbrio mental a quem já padece de algum mal psíquico, a medicina terá um indício indireto de que a técnica também é capaz de oferecer proteção à saúde mental de todos. Terá, assim, mais motivos para engrenar nos estudos de longo prazo sobre prevenção. E, com o respaldo das evidências científicas que lhe são caras, os médicos poderão recomendar essa prática milenar a todos.

Seguindo essa trajetória, os conhecimentos na área estão avançando. Cientistas da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, Estados Unidos, e de outros centros de pesquisa americanos propuseram-se, recentemente, a analisar todas as evidências científicas até então produzidas sobre o assunto. Os estudiosos fizeram uma ampla revisão, em que avaliaram os resultados de dez pesquisas que tinham por objetivo testar a eficácia do ioga como tratamento para três tipos de problemas psiquiátricos: depressão, ansiedade e esquizofrenia. Publicado em 2011, esse estudo de revisão concluiu que “as intervenções baseadas no ioga têm um efeito estatisticamente significativo como tratamento auxiliar para os principais transtornos psiquiátricos”. O estudo apontou ainda que essa técnica milenar pode ajudar principalmente nos casos de doenças cujos tratamentos disponíveis hoje são ainda insuficientes ou em que os remédios utilizados têm sérios efeitos colaterais.¹³⁹

De fato, as soluções convencionais adotadas no tratamento das alterações da mente ainda deixam a desejar, em alguns casos: se, nos quadros de depressão e pânico, 90% das pessoas conseguem levar vida normal valendo-se de medicação e psicoterapia, no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), apenas 60% a 70% dos sujeitos que se tratam obtêm uma melhora dos sintomas, e, na maioria dos casos, de maneira parcial. Entre as pessoas que têm esquizofrenia, 40% não conseguem ter uma vida autônoma, ficando dependentes de suas famílias até para o trato com questões absolutamente cotidianas. Também no transtorno bipolar, os índices de recaída ainda são significativos. Exatamente por isso, vêm ganhando espaço práticas como o ioga, que ajudam a cuidar da saúde da mente de forma preventiva e até quando é preciso remediá-la.

A prática do ioga é composta por vários elementos: exercícios respiratórios (*pranayamas*), posturas estáticas (*asanas*), movimentos ritmados de partes do corpo (*kriyas*), mantras e meditação. De uma maneira geral, em qualquer linha de ioga, esses elementos se combinam de modo a promover um equilíbrio entre mente e corpo e a induzir um estado meditativo, que envolve focar a atenção no momento presente, aquietar pensamentos e proporcionar, ao mesmo tempo, relaxamento e vitalidade. As sensações que resultam da prática constante do ioga costumam ser de força interior, paz de espírito e autocontrole, fundamentais para a saúde da mente e, conseqüentemente, para que uma pessoa se sinta capaz de lidar com desafios e percalços da vida e estabeleça relações saudáveis com os outros indivíduos.

Apesar do objetivo em comum, há entre as dezenas de tipos de ioga certas especificidades. Algumas vertentes se concentram mais no trabalho físico para atingir o almejado equilíbrio entre corpo e mente – sim, os exercícios corporais de ioga requerem boa dose de força muscular, não apenas flexibilidade, como muito se ouve por aí. Outras privilegiam os exercícios mentais para chegar ao mesmo resultado. Todas elas utilizam a respiração como elemento de ligação entre essas duas dimensões. Pessoas muito agitadas tendem a se beneficiar mais das práticas de maior vigor físico. “Às vezes, é preciso exaurir o corpo para acessar a mente – basta ver o exemplo de maratonistas que dizem entrar em transe depois do trigésimo quilômetro percorrido”, analisa Rodrigo Yacubian Fernandes,^{28*} médico do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, e professor de *Kundalini*, uma linha de ioga que começou a se disseminar nos Estados Unidos no fim do anos 1960 e, desde então, vem se difundindo no Ocidente.

Já as práticas que dedicam mais tempo para a meditação costumam conquistar a adesão dos menos afoitos e mais disciplinados. Ou daqueles que, por estarem com a saúde debilitada, têm dificuldades de se engajar numa prática de ioga muito forte fisicamente – alguém deprimido ou que sofra de TOC de limpeza, que torna problemática a relação com o suor, por exemplo. Aos que consideram impossível meditar, porque se acham incapazes de disciplinar o turbilhão constante de pensamentos, Yacubian oferece alguns alentos: 1) o objetivo de meditar não é parar completamente de pensar. “Esse é um conceito que veio para o Ocidente às avessas e que não faz sentido, porque o cérebro está o tempo todo produzindo pensamentos, independentemente da nossa vontade”, explica o médico e professor de ioga. Ou seja, boa primeira notícia: o objetivo de se meditar não é inatingível. 2) A proposta da meditação é treinar a mente para que ela alcance estados relaxantes e revigorantes. E, sim, isso inclui diminuir o

fluxo de pensamentos. Mas, calma: não se trata, necessariamente, de sentar-se e esperar que isso aconteça. Há uma série de técnicas que ajudam a disciplinar a mente tagarela. As principais delas são: focar a atenção num ponto específico do corpo – na região entre as sobrancelhas, chamada de “terceiro olho”, ou na ponta do nariz, por exemplo –, colocar e manter o corpo em postura ereta, fazer e manter gestos com as mãos – os chamados *mudras* –, seguir ritmos, intensidades e fluxos de respiração específicos, além de entoar mantras e fazer movimentos com os braços, as mãos e o tronco.

Para explicar como ocorre a meditação, Yacubian toma emprestada uma analogia budista bastante didática: “Visualize um avião viajando entre nuvens. Agora imagine que as nuvens são os pensamentos e o avião em movimento é a pessoa meditando. Assim como o avião não precisa mudar sua trajetória quando se depara com alguma nuvem – ele apenas a atravessa –, a pessoa que está praticando meditação não precisa brigar com seus próprios pensamentos quando eles aparecem. Eu digo a cada um dos meus alunos: ‘Se estiver meditando e lhe ocorrer, por exemplo, a ideia de que você precisa ir ao supermercado, não brigue com esse pensamento. Não dê energia a ele – nem deixando ele se desenvolver, elaborando toda a lista de compras na cabeça, nem brigando para ele ir embora. Apenas o observe, deixe-o ir e continue seguindo as técnicas de concentração’. No início, esses pensamentos vão surgir a todo momento, assim como o avião se depara com uma porção de nuvens na subida ao céu. Mas, no decorrer de sua trajetória, o avião ganha altitude, as nuvens ficam lá embaixo e o voo corre mais fluido. Com a prática constante de meditação ocorre o mesmo: a pessoa consegue tomar uma distância maior dos próprios pensamentos e exerce melhor controle sobre a própria mente” (veja o quadro “*Minha experiência com a meditação*”, à página 267).

Hoje a ciência já consegue mostrar, por meio de exames, que a meditação altera o ritmo das correntes elétricas do cérebro. Um dos efeitos dessa ação cerebral é reduzir o metabolismo, de modo que, durante a prática, ficam diminuídos os batimentos cardíacos, a pressão arterial, a secreção de hormônios ligados ao estresse e, conseqüentemente, a sensação de ansiedade. Algumas técnicas específicas, por outro lado, ativam mecanismos de alerta do organismo, sendo muito úteis para pessoas em depressão, que estão com a energia baixa, por exemplo. Alguns estudiosos do assunto calculam que os efeitos da prática da meditação costumam durar, em média, 15 vezes o tempo dedicado aos exercícios. Se uma pessoa pratica quarenta minutos de meditação às 8h, por exemplo, ficará até as 19h, aproximadamente, sob seu efeito. Ou seja,

passará praticamente todo o dia sentindo-se relaxada e com energia. A prática diária torna essas sensações permanentes.

Os exercícios respiratórios feitos durante a meditação – e na prática do ioga como um todo – também têm importância fundamental para o bem-estar psíquico e emocional. Estudos envolvendo o monitoramento das atividades elétricas do cérebro, por meio de exames de eletroencefalograma (EEG), indicam que há uma relação entre o fluxo de ar nas narinas e o ativamento dos hemisférios cerebrais. O fluxo de ar pela narina esquerda ativa o hemisfério cerebral direito, ligado à sensação de relaxamento, enquanto a respiração pela narina direita estimula o hemisfério esquerdo do cérebro, relacionado ao estado de atenção e à atividade. Um sutil predomínio da respiração por cada uma das narinas ocorre naturalmente, durante o dia, e se alterna a intervalos que variam de 25 minutos a três horas e meia, sem que nos demos conta. Na prática do ioga, é possível forçar essa respiração alternada, tampando uma das narinas, para potencializar esses efeitos e usufruir deles conforme o estado de espírito de cada pessoa requer.¹⁴⁰

À parte os efeitos fisiológicos de se meditar, Yacubian pondera: “A meditação é, antes de tudo, uma experiência pessoal. A ciência, o intelecto e as palavras são muito limitados para descrever uma experiência que é ilimitada”. Talvez esteja exatamente no fato de acessar a mente por uma via sensorial – e não racional – a maior contribuição que a meditação tem a dar. É da natureza humana a dificuldade para inibir, só com ajuda da razão, pensamentos indesejados, que estão na origem de muitos sofrimentos. Num exemplo simplório: basta que alguém lhe diga para mentalizar um elefante cor de rosa por um minuto e, em seguida, ordene que você não mais pense nele para que essa imagem fique voltando à mente à sua revelia. Quem sofre de algum transtorno psíquico, especialmente, costuma ter muitas ideias desagradáveis, difíceis de afastar.

Tomemos o exemplo das pessoas portadoras de TOC: os pensamentos obsessivos as atormentam de tal maneira que elas acabam criando rituais para aliviar o incômodo causado por essas ideias indesejadas – se vem à cabeça do sujeito o medo de que algo ruim aconteça à própria mãe, ele tem de bater na madeira quinze vezes ou falar uma palavra “neutralizadora” imediatamente, por exemplo. O problema é que essas estratégias de alívio só funcionam momentaneamente. Em pouco tempo, a ideia fixa volta a assombrar o indivíduo e ele tem de repetir tudo de novo. A meditação é útil em quadros como esse, porque, quando a pessoa segue todas as técnicas de concentração juntas e sincronizadamente – o olhar focado num ponto fixo, a postura ereta, mantendo a mão no gesto x, atento à respiração

y e entoando o mantra z –, não sobra espaço na cabeça para os pensamentos negativos indesejados. Ela acaba, então, treinando a inibição desses pensamentos. E, ao final da prática – que, na modalidade *kundalini*, segue sequências fixas e costuma durar uma hora nos quadros de TOC, e de 20 minutos a 40 minutos, em outros casos –, a pessoa terá conseguido aliviar suas tensões, sentir a mente limpa e experimentar uma paz de espírito que ela dificilmente consegue atingir por causa do transtorno. “A meditação é capaz de trazer sensações de alívio, nas quais a pessoa se apoia para ter mais controle sobre as situações que a afligem”, resume Rodrigo.

Mauro, 23 anos, estudante, começou a fazer aulas de ioga depois que teve um surto psicótico, em 2008. Ele mesmo conta: “Eu andava me sentindo um pouco diferente naquela época, meio sensível, à flor da pele, quando, um dia, comecei a ouvir uma voz. Essa voz me mandou sair de casa vestido de pijama, às 10 horas da manhã, com uma faca na mão. Fui parar na porta da casa de uma ex-chefe, que morava a algumas quadras do meu apartamento. Depois, ainda na rua, recuperei minha consciência. Voltei para casa e pedi que a minha mãe me levasse ao médico. Fiquei internado durante 39 dias no setor psiquiátrico de um hospital, sendo medicado e recebendo acompanhamento até me estabilizar. Depois que saí de lá, além de seguir tomando um remédio antipsicótico, fui fazer psicoterapia e ioga. É claro que todas essas coisas, juntas, é que me mantiveram e me mantêm estável, mas eu sinto que o ioga tem um papel bem importante. Faço aulas quatro vezes por semana em grupo e medito em casa. É legal fazer aula em grupo porque você se reúne com pessoas que estão na mesma sintonia que você, buscando tranquilidade, paz de espírito. E a meditação em casa ajuda nos momentos de maior ansiedade.

Quando comecei a praticar ioga, logo depois da internação, eu já não estava em crise, mas me sentia ainda fora do meu eixo. Estava desorientado. Aos poucos, o ioga foi me ajudando a ficar mais perceptivo ao meu estado de espírito, a analisar as coisas com calma e a sentir uma tranquilidade mais duradoura. Fui ficando mais centrado. Houve uma época em que eu estava tão bem que meu médico chegou a suspender a minha medicação. Fiquei um ano sem tomar remédio, com o meu médico me acompanhando em consultas mensais. Nessa época, em especial, tenho certeza de que o ioga foi fundamental para me manter equilibrado. Mas, depois, quando eu estava prestando vestibular, fiquei pressionado pela carga de estudos, tive uma ameaça de recaída e meu médico achou melhor retomar a medicação, que eu uso até hoje. Talvez eu até pudesse estar bem sem o remédio atualmente, mas creio que seja um risco desnecessário.

Diante de qualquer problema, eu perderia dias de aula e de trabalho até me restabelecer e poder voltar à ativa. Eu hoje estou indo bem na faculdade, trabalhando legal, durmo melhor... Tudo está melhor. Até pelo fato de eu não ter tido nenhuma outra crise, os médicos não conseguiram ainda fechar um diagnóstico a meu respeito. Não teve nada a ver com droga, eu sou super ‘careta’ em relação a isso. Por enquanto, os profissionais que cuidam de mim acham que eu tive um episódio maníaco e trabalham com a hipótese de transtorno bipolar. Prefiro até que eles fiquem com a dúvida, porque é sinal de que eu estou bem”.

Dulce, 50 anos, empresária, começou a meditar em julho de 2010 para tentar lidar melhor com certas características pessoais que lhe incomodavam desde a juventude. Sobretudo depois que assumiu um número grande de responsabilidades – casou-se, teve dois filhos e construiu uma carreira –, passou a se incomodar com um lado seu que considera um tantinho carrasco: “Tenho um alto grau de perfeccionismo e uma enorme autoexigência que, se por um lado, me ajudam a conquistar coisas, acabam ganhando um caráter um pouco obsessivo e me criam uma grande dificuldade para relaxar”, explica. A empresária se diz uma “tarefeira de carteirinha”. Diariamente, logo pela manhã, antes de chegar ao trabalho, faz listas de tarefas a serem cumpridas nas horas seguintes. Uma folha de papel A4 dividida ao meio, preenchida de cima a baixo em letra miúda – a lista inclui coisas tão simples e rápidas de cumprir, quanto marcar uma consulta médica, até afazeres complexos do trabalho, que podem levar horas. Além da lista do dia, há outra da noite. “É muita lista. E, se eu não faço tudo, fico com a sensação de dever não cumprido, me sinto incomodada. Há dias em que, para dar conta de todos os itens, eu não almoço, vou dormir de madrugada... É ruim”. Também incomoda Dulce seu alto grau de exigência com a limpeza e a arrumação da casa. “Os meus armários são superorganizados, a casa é impecável. Eu tenho um olho maldito: onde vou, vejo uma coisa que precisa ser arrumada. Mas, de uns tempos para cá, comecei a achar que isso é assepsia demais e vida de menos. Meu sonho é conseguir, um dia, chegar em casa e me jogar no sofá. Simples assim, sem me preocupar com nada.” Na rotina de Dulce, isso nunca acontece. Quando a empresária chega do trabalho, emenda um afazer no outro – acerta despesas da casa, liga para os pais, providencia algum conserto... – e só para quando vai se deitar.

Dulce procurou um professor de ioga depois de assistir a uma palestra dele. Explicou-lhe seus incômodos e perguntou-lhe se poderia se beneficiar efetivamente das técnicas. O professor disse que sim e ensinou-lhe exercícios de meditação que poderiam ajudá-la a relaxar e a reduzir

seus sintomas obsessivos. E frisou que a meditação traria maiores benefícios se Dulce a praticasse em casa, diariamente. Desde então, ela tem seguido a orientação com disciplina militar. Medita durante uma hora, todos os dias. Diz, sem titubear, que cada minuto de dedicação vale a pena. “Eu sinto muito concretamente os benefícios que a meditação tem me trazido. Em 2011, consegui passar inteira por muitas situações difíceis, de uma forma que eu não era capaz antes. A minha empresa passou por uma forte turbulência, correndo até o risco de quebrar, os meus dois filhos, a quem sou muito apegada, estavam fazendo intercâmbio no exterior, e o meu pai teve um problema de saúde que foi um susto, eu cheguei a pensar que ele iria morrer. É claro que foram questões difíceis de enfrentar, mas eu não me senti, em nenhum momento, engolida pelos problemas. O tempo todo eu estava de pé para encará-los.

Sinto também que, desde que passei a meditar, o fato de estar mais relaxada tem me permitido aproveitar mais a vida. Eu sempre vivi muito o lado da tarefa, da obrigação, então, para mim, é um pouco difícil me desprender da rotina para desfrutar das coisas boas que a vida tem a oferecer. E, no último ano, consegui me desligar e tirar férias duas vezes: uma com os meus pais e o meu marido e outra com meus filhos e também o meu marido. Foi nessa primeira viagem que o meu pai ficou mal. Não saía da cama, emagreceu cinco quilos de uma hora para outra porque não queria comer... Juntou uma gripe forte ao fato de que ele caiu num estado depressivo. Teve a ver com uma quebra de expectativa que ele teve em relação à viagem. Foi um horror. Eu e meu marido realmente achamos que ele ia morrer. Nessa viagem, a meditação teve um papel fundamental. Apagou um incêndio atrás do outro. Quando eu achava que não tinha mais o que fazer, sentava, meditava, me reequilibrava e voltava para tentar contornar a situação. E a outra viagem, com meus filhos, consegui aproveitar completamente, mesmo sabendo que havia os problemas da empresa me esperando na volta. Até a viagem de avião, que é um pouco problemática para mim, foi tranquila. Geralmente, se acontece alguma turbulência mais forte, eu fico nervosa, chego a sentir a perna trêmula. Dessa vez, meditei logo antes de embarcar, na ida e na volta, e fiquei calma, mesmo com o avião balançando bastante.

Enfim, eu não tenho dúvidas do bem que a meditação me faz. Mesmo com tudo o que se passou no último ano, tenho me sentido mais feliz. E acho que as pessoas à minha volta têm percebido. Recentemente, três amigas me pediram o telefone do meu professor de ioga”, relata Dulce.

MINHA EXPERIÊNCIA COM A MEDITAÇÃO

Naiara Magalhães

Quando me propus a escrever um texto que abordaria os efeitos do ioga sobre a saúde mental de pessoas com problemas emocionais e psíquicos, julguei que, além de ler sobre o assunto, entrevistar profissionais da área e conversar com pessoas que se beneficiaram diretamente da prática, seria também importante para o processo de apuração jornalística experimentar as técnicas propostas para essa finalidade. Afinal, como bem disse o médico e professor de *Kundalini yoga* Rodrigo Yacubian, o ioga e a meditação são, antes de tudo experiências, não conceitos. Como praticante de ioga na modalidade *Hatha*, desde 2009, eu já havia tido a oportunidade de experimentar o efeito das técnicas iogues sobre o meu humor, meu equilíbrio emocional e meu bem-estar. Na minha experiência pessoal, o ioga sempre cumpriu a importante função de “zerar o estresse” dos dias anteriores à prática. Como se, ao longo de dois ou três dias, eu fosse enchendo um copo com gotinhas de estresse drenadas do trabalho, do trânsito, das preocupações, de eventuais desentendimentos pessoais ou de variações hormonais tipicamente femininas, e o ioga fosse lá e esvaziasse o copo, impedindo-o de encher demais e, em algum momento, transbordar. Durante as aulas, fiquei sempre tão concentrada em observar os alinhamentos e músculos do meu corpo para conseguir executar as posturas físicas de equilíbrio, força e flexibilidade, que tinha ali um raro momento em que minha mente tagarela estava totalmente focada no presente, sem vagar pelos *emails* que precisava enviar, as tarefas de trabalho que precisava entregar ou os eventos sociais a que gostaria de comparecer. No entanto, nunca tive disciplina para me sentar e tentar meditar por mais de cinco minutos. Sou da turma que usa o caminho do trabalho corporal para equilibrar também a mente. Mas, como escolhi entrevistar o médico Rodrigo Yacubian por seu

trabalho terapêutico voltado especialmente para pacientes psiquiátricos, e soube que ele utiliza, sobretudo, técnicas de meditação *kundalini* com essas pessoas, considerei que era importante vivenciar também essa técnica específica.

Descreverei aqui a experiência de uma prática voltada para pessoas ansiosas, que apresentam sintomas obsessivo-compulsivos, que fiz com um dos alunos de Yacubian. É preciso fazer a ressalva de que essa é a descrição de uma experiência absolutamente pessoal. Cada um vivencia a meditação à sua maneira. O objetivo deste relato é apenas tentar tornar mais acessível essa prática que ainda tem certa aura de misticismo e é enigmática para muitos.

Realizei a meditação num dia de calor intenso, em São Paulo: 8 de fevereiro de 2011. O termômetro da rua marcava 33° C. A aula, com uma hora e quinze minutos de duração, estava agendada para as 14h45. Almocei uma refeição leve, por volta do meio-dia, de modo a estar disposta para meditar. Por causa do dia quente, no entanto, cheguei ao local de prática sonolenta. A leve dor de cabeça que estava sentindo – talvez pela noite anterior maldormida, entrecortada pelo calor – consegui amenizar com um gole de café minutos antes de a aula começar. Chegando à sala de meditação, sentei-me com as pernas cruzadas num tatame individual e fui me aquietando. Em alguns instantes, a prática começou. Dois exercícios orientados logo nos primeiros 15 minutos da aula tiveram sobre mim um efeito imediato – um combinava inspirações e expirações vigorosas com um movimento de arquear a coluna alternadamente para trás e para frente e o outro combinava a mesma respiração intensa com um movimento de vai e volta dos ombros em direção às orelhas. Nas pequenas pausas feitas após cada um dos exercícios, experimentei uma sensação muito prazerosa. Parecia que meus músculos, ossos e cérebro não precisavam mais trabalhar para me manter naquela posição sentada, com as pernas cruzadas, a coluna ereta e os braços repousados sobre os joelhos. É como se eu estivesse ali enraizada como uma árvore. Firme, mas sem fazer nenhum esforço. A impressão era de que estava tudo no lugar – a cabeça sem

pensamentos dispersos, o corpo com todos os encaixes bem conectados. Senti uma sutil dormência no rosto e no corpo. Reparei especialmente num formigamento na linha da coluna. Eram sensações muito agradáveis. Por dois segundos, cogitei nem mais seguir as instruções do professor para o próximo exercício, apenas permanecer naquela posição, sem me mexer, usufruindo a sensação de bem-estar. Mas me disciplinei e continuei seguindo as orientações. Seguiram-se exercícios que requeriam bastante concentração, pois incluíam várias ações sincronizadas – a título de exemplo, um deles exigia manter o olhar focado na ponta do nariz, enquanto a boca permanecia aberta, tracionando a mandíbula, e os braços realizando uma sequência de movimentos sincronizados com a respiração. Durante todos os exercícios, não consegui pensar em nada que fosse externo à prática. Apenas durante o relaxamento, ao final da aula, quando fui orientada a me deitar no tatame com os olhos fechados, enquanto ouvia um mantra, dispersei-me um pouco, pensando nas tarefas do dia. Saí da aula extremamente relaxada, mas sem sono. Estava trovejando estrondosamente. Mais uma chuva de verão se anunciava. A mensagem racional que o meu cérebro me mandava era de que eu deveria apertar o passo, se não quisesse me molhar inteira. Vinte minutos de caminhada me separavam da minha casa e a chuva do dia anterior tinha caído forte, com granizo e tudo, derrubando várias árvores na cidade e suspendendo a energia elétrica por várias horas. Mas as minhas pernas pareciam estar programadas para dar passos de no máximo 30 centímetros de amplitude, numa velocidade de quem está “com a vida ganha”. Eu não estava preocupada. Parecia ter a certeza de que daria tempo de chegar a minha casa antes de a chuva cair. E, se ela caísse antes, também não seria um grande problema. Me molhar, num calorão daqueles, seria até agradável. No caminho, ainda passei na padaria para providenciar o café da tarde e continuei caminhando lentamente até minha casa. De fato, cheguei antes da chuva. Nesse percurso, que acabou durando 35 minutos em vez de 20, tive a sensação de que o mundo estava mais devagar, como se eu tivesse tomado alguns

goles de vinho. Meu rosto estava tão relaxado que produzia um sorriso discreto no canto da boca. Parecia um desses dias em que se está tão feliz que nada é capaz de lhe tirar o bom humor. A sensação geral que tive – tão utópica quanto genuína – era de que, se todas as pessoas do mundo estivessem se sentindo como eu, naquele momento, a paz mundial poderia ser declarada.

O que você pode fazer pela saúde mental dos seus filhos?

1. Cuide de seu bebê durante a gravidez

Você deve estar cansado de ouvir dizer que os hábitos que a pessoa adota, em termos de alimentação, atividade física, sono, consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, são fundamentais para definir se ela terá uma vida saudável ou cheia de limitações físicas e doenças. Sim, é verdade. Mas a saúde de um indivíduo depende também das condições em que seus pais viviam e das escolhas que eles fizeram antes de o rebento nascer. Melhor explicando: um ramo da genética que vem se desenvolvendo sobretudo na última década descobriu que a vida do bebê dentro do útero da mãe está diretamente ligada às doenças que ele desenvolve quando adulto. Filhos de mulheres que passaram fome durante a gravidez, por exemplo, têm mais chances de serem obesos um dia. Isso porque o corpo do bebê começou a se desenvolver num ambiente de alimento escasso e seu organismo “memorizou a informação” de que é preciso sempre estocar energia para as épocas de privação. Depois de nascida, se a pessoa for criada num ambiente de comida farta, terá mais chances de engordar até ficar obesa.

Processos desse tipo também ocorrem em relação ao cérebro, em mecanismos relacionados a desequilíbrios psíquicos e emocionais. Por exemplo: uma mulher que teve uma gestação muito tensa – porque não planejou a gravidez, teve muitos conflitos com o pai da criança, sofreu violência, fumou ou usou drogas ou teve complicações de saúde durante a gestação – dará à luz um bebê cujo cérebro foi “programado” para um ambiente hostil. Essa criança tem mais chances de ter um perfil depressivo – explora menos o ambiente, porque o considera ameaçador – ou de ser uma pessoa medrosa e ansiosa. “A resposta do cérebro a situações de

estresse é mais intensa em pessoas que se desenvolveram em gestações conturbadas. E essa reação exagerada do organismo contribui para o adoecimento mental, sobretudo para o desenvolvimento de problemas como depressão, ansiedade e uso excessivo de álcool e drogas, que são os mais comuns”, explica o psiquiatra Euripedes Miguel, chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Isso acontece porque as experiências negativas vividas no ambiente intrauterino deixam marcas no organismo, acionando genes que favorecem o aparecimento de certas doenças mentais ou “desligando” outros genes que protegem contra o surgimento desse tipo de problema. Claro, não se trata de fatalismo. Os comportamentos pouco saudáveis que a pessoa tiver, ao longo da vida, serão ainda decisivos para completar o ciclo de origem das doenças, contribuindo para que a predisposição adquirida dentro do útero se manifeste. A esse mecanismo biológico, em que fatores ambientais (experiências vividas dentro e fora do útero) regulam o funcionamento dos genes da pessoa, dá-se o nome de epigenética.

Portanto, para tentar prevenir o adoecimento mental de seus filhos, a primeira atitude que pode ser adotada pelos pais – especialmente as mães, mas com a ajuda dos respectivos parceiros fica sempre mais fácil – é cuidar para que a mulher tenha uma gravidez saudável e tranquila. Grávidas jovens, solteiras e pobres são a maior preocupação dos profissionais de saúde mental, nesse sentido. “Ações que ajudem jovens vulneráveis a cuidar da própria saúde e a criar um espaço mental para a criança que vai nascer têm ótimos benefícios para os filhos delas e para toda a sociedade”, afirma Euripedes Miguel. Projetos de amparo a mulheres com esse perfil já são feitos sistematicamente no exterior, alguns por iniciativa privada, outros com incentivo governamental. A maior referência é o trabalho desenvolvido nos Estados Unidos pelo médico David Olds, professor de pediatria, psiquiatria e medicina preventiva da Universidade de Colorado. Em 1977, Olds iniciou um programa que consiste basicamente na visita de enfermeiras à casa de mulheres jovens, solteiras, de baixa renda e grávidas pela primeira vez, todas moradoras de cidades com altos índices de mortalidade infantil, nascimentos prematuros e abuso contra crianças. O objetivo do programa criado por Olds é ajudar essas moças a cuidar adequadamente delas mesmas e de seus bebês. As visitas – semanais em alguns períodos, quinzenais em outros – começam no primeiro trimestre da gestação e se estendem até o segundo aniversário da criança. O programa vai além do período gestacional porque, nos dois primeiros anos de vida de uma pessoa, o cérebro está ainda em intenso processo de transformação e, portanto, altamente aberto à influência do

ambiente externo, tanto quanto durante o desenvolvimento intrauterino (*mais detalhes no tópico seguinte, Brinque com sua criança*).

Os resultados do programa são robustos: 25% de redução do tabagismo entre as mulheres durante a gravidez; 23% de diminuição dos casos de hipertensão durante o período gestacional, 75% menos partos prematuros entre as grávidas fumantes, 23% de diminuição de novas gestações, dois anos depois que as moças tiveram o primeiro filho; melhor desenvolvimento da linguagem e do controle de comportamentos entre as crianças de 2 e 4 anos, filhas das mães mais vulneráveis psicologicamente; e 48% da redução na incidência de abuso e negligência contra as crianças, medidos da infância até os 15 anos de idade. Em 2003, a parceria enfermeira-família criada por Olds foi considerada um “programa modelo”, por “intervir precocemente para a prevenção de problemas mentais”, segundo apontou o documento *Atingindo a promessa: transformando a saúde mental na América*, redigido por uma comissão presidencial do governo americano. Um estudo publicado em 2006 pontuou que o programa de visitas das enfermeiras às jovens mães dava maior retorno financeiro à sociedade do que custos: para cada dólar investido pelo projeto, 4 dólares seriam poupados para o governo, estimou-se.¹⁴¹ O “modelo Olds”, que se tornou referência para políticas públicas, por suas evidências científicas rigorosamente comprovadas, já atendeu 150.000 famílias, em 40 estados americanos, até maio de 2012.¹⁴² Já foi replicado também em outros seis países – Austrália, Canadá, Inglaterra, Alemanha, Holanda e Escócia.

2. Brinque com sua criança

O pai se aproxima do berço do filho com apenas alguns meses de vida, prepara a voz mais infantil que consegue arranjar, sorri, levanta as sobrancelhas de maneira interrogativa e repete: “Cadê o meninão do papai? Cadê o meninão do papai?”. O bebê arregala os olhos, na tentativa de absorver a infinidade de informações novas que essa situação prosaica lhe propõe. Começa a processar informações afetivas e vai criando um rudimento da ideia de comunicação, ao suspeitar que, para aquele estímulo, deve haver uma resposta esperada. Faz várias tentativas: engasga, fecha a cara, baba e, em algum momento, sorri. O pai, então, vibra como se seu time de futebol do coração tivesse ganhado o campeonato. Intuitivamente, o bebê entende: resposta certa! Sempre que o pai vier com aquele tom de voz e emitir sons semelhantes, ele já sabe que é hora de abrir seu maior sorriso.

Uma cena tão corriqueira e aparentemente boba como a que acaba de ser descrita tem uma importância muito maior para o desenvolvimento psíquico e emocional de uma pessoa do que se pode imaginar. É na primeira infância – de maneira bastante aguda até o segundo ano de vida, mas ainda de forma estratégica até os seis anos – que se dá a parte mais importante do desenvolvimento cerebral de um indivíduo. “É preciso criar para as crianças nessa faixa etária um ambiente particularmente estimulante, afetivo e protetor. Isso se faz brincando bastante com elas, lendo histórias, conversando e estando por perto para atender às suas necessidades”, explica o psiquiatra Hermano Tavares. Parece óbvio, mas o professor da USP Guilherme Polanczyk, diretor executivo do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), afirma que muitos pais precisam de orientação nesse sentido.

Na faixa mais pobre da população, principalmente, mães e pais muitas vezes não conseguem prover seus filhos de estímulos suficientes, pois têm uma carga excessivamente pesada de trabalho e lhes falta tempo de convivência com as crianças. É frequente também que, por terem sido pouco estimuladas na infância, essas pessoas não tenham repertório para envolver seus pequenos em brincadeiras que desenvolvam autoconfiança, autonomia, autocontrole, habilidades de planejamento e solução de desafios, motivação, persistência e traquejo social, fundamentais para o desenvolvimento psíquico.

No entanto, mesmo em famílias de melhor situação financeira, há situações problemáticas. Em cidades grandes, como São Paulo, não são raras as crianças que passam várias horas do dia no trânsito, indo e voltando para a escola, e o restante do tempo em colégios excessivamente rígidos, que se preocupam muito em desenvolver as competências intelectuais necessárias para que elas sobrevivam à competição futura no mercado de trabalho, mas dão pouca ênfase ao desenvolvimento de habilidades sociais e afetivas, que poderiam ser ricamente trabalhadas por meio de brincadeiras. “Muitas crianças saem de casa ainda dormindo e voltam já adormecidas novamente, de cansaço. Os pais mal conseguem conversar com os filhos para saber como foi o dia deles. Esse tipo de rotina é muito ruim para a criança. Ela precisa ter tempo para ficar em casa com os pais, brincando ou fazendo nada”, diz Polanczyk. Por todas essas questões, pondera o médico, a melhor escola para os filhos pode não ser a de maior prestígio, grade curricular mais extensa e que é separada de casa por um bocado de trânsito – e sim a que se localiza a uma distância curta de casa e é mais acolhedora, oferecendo um bom equilíbrio entre o tempo dedicado ao ensino de conteúdos e ao lazer. O médico Euripedes Miguel

resume: “Um ambiente rico para a criança é aquele que tem estímulo, mas tem também tempo para ela parar e pensar no que gosta, em quais são suas necessidades e no que ela precisa fazer para conseguir o que quer. A criança que tem uma programação cheia, com uma atividade colada à outra, não consegue desenvolver essa habilidade”, afirma.

A estimulação precoce e o convívio afetivo com os pais no início da vida de uma criança são tão importantes que o psiquiatra Euripedes Miguel se arrisca a dizer: “Se houvesse um programa de apoio que permitisse a todas as mães, inclusive as com menos condições financeiras, não trabalhar nos dois primeiros anos de vida da criança, acredito que haveria um custo-benefício claramente favorável para esses indivíduos e para a sociedade mais adiante”. E completa: “Digo a mãe porque a mulher tem uma ligação mais profunda com a criança no começo da vida dela. Por mais que o homem seja dedicado, a relação materna é única, sobretudo nessa fase, por uma questão visceral. Mas, claro, dependendo de cada situação, essa dedicação intensiva nos dois primeiros anos de vida do bebê poderia ser compartilhada pelo pai”.

3. Evite a punição física

Punir, frustrar e proibir determinados comportamentos são atitudes que fazem parte da educação de um filho. São necessários para ensinar noções de certo e errado, sinalizar comportamentos prejudiciais aos outros ou a ele mesmo e preparar para o convívio em sociedade. O castigo corporal, no entanto, deve ser evitado sempre que possível. O psiquiatra Hermano Tavares justifica: “A punição física não costuma ter vantagens sobre outras formas de repreensão e traz um excedente de estresse que, no indivíduo em formação, pode causar prejuízos à saúde emocional”. Pelo menos uma em cada quatro pessoas maltratadas na infância desenvolve depressão na juventude – a estatística se refere, sobretudo, a agressões físicas graves.¹⁴³ Na população em geral, a depressão atinge uma em cada seis pessoas ao longo da vida. Sobre a conduta punitiva dos pais, Tavares ressalva: “É preciso lembrar, claro, que pai e mãe são seres humanos e falham. Eu mesmo já dei tapa no meu filho. Me arrependo, mas já dei. E não é um ou outro tapa que vai comprometer a saúde psíquica de uma pessoa para todo o sempre. Mas, se o castigo físico se tornar uma forma de os pais se relacionarem com seus filhos, ou seja, se for algo sistemático, torna-se um problema”, diz. Os problemas emocionais surgem sobretudo quando os castigos corporais frequentes não são compensados por demonstrações de afeto e atenção. Em seu artigo “Autoestima,

autoconfiança e responsabilidade”, o psicólogo Hélio José Guilhardi pondera que pais excessivamente punitivos produzem nos filhos comportamentos de mentir, sentimentos de ansiedade e culpa e rebaixamento da autoestima. Já os pais que procuram educar de forma mais amena estimulam nos filhos a busca por diálogo, sentimentos de bem-estar e satisfação e uma boa autoimagem.¹⁴⁴

Apesar de o castigo físico recorrente e/ou severo ser desaprovado em uníssono pelos especialistas, parte deles admite que o uso da linguagem corporal pode ser uma ferramenta adequada de educação, em situações específicas. Isso porque é uma forma de comunicação mais direta e clara, eficiente sobretudo para as crianças de até 5 anos de idade, que ainda não têm repertório intelectual suficiente para compreender argumentações complexas. Segurar a criança firmemente pelo braço, se ela insiste num comportamento perigoso ou de desrespeito, mesmo depois de já ter sido advertida verbalmente, contê-la com um abraço quando ele está protagonizando um espetáculo de pirraça, ou mesmo dar uma palmada no bumbum, se o menino ou menina agride de maneira acintosa os pais ou outras pessoas, são comportamentos considerados adequados por boa parte dos psicólogos.

Guilhardi ressalta que a punição é eficaz e benéfica quando bem aplicada. “A criança não se sentirá pouco amada porque sofre restrições e eventuais punições que são, claramente, contingentes a comportamentos inadequados. Ela se sentirá ansiosa, insegura, desamparada, se as punições forem inconsistentes (ora um comportamento é punido, ora o mesmo comportamento é reforçado) ou não contingentes, isto é, não associadas a nenhum comportamento. Muitas vezes, as reações aversivas dos pais com a criança ocorrem por problemas pessoais deles (alcoolismo, falta de dinheiro, desavenças conjugais etc.), sem nenhuma relação de funcionalidade com os comportamentos do filho”,¹⁴⁵ escreveu.

4. Desaprove o bullying

Criar apelidos jocosos para o colega, amedrontar, revelar segredos para constrangê-lo, humilhar, excluir, ignorar, quebrar ou tomar seus pertences, empurrar, bater. Atitudes que durante muito tempo foram vistas como “traquinagens que fazem parte da infância e depois passam” são hoje consideradas comportamentos problemáticos, que, realizados repetidamente, podem ter reais consequências para a saúde emocional tanto de quem é agredido quanto de quem agride e até de quem assiste à agressão. Reunidas na terminologia em inglês *bullying*, as condutas hostis

sistemáticas e sem motivo geralmente têm como alvo crianças gordinhas, baixinhas, portadoras de deficiências ou que apresentam qualquer diferença física ou de comportamento em relação à maioria dos colegas. Via de regra, as vítimas são crianças frágeis física e emocionalmente, passivas e com poucos amigos. O problema é muito mais comum entre meninos que entre meninas.

A Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (Pense), realizada pelo IBGE, em 2009, apontou que 30% dos estudantes brasileiros que cursavam o último ano do ensino fundamental, em escolas públicas e privadas das capitais do país, naquele período, sofreram *bullying* no mês anterior à entrevista. Desse total, 5% disseram passar por intimidações na maior parte dos dias ou sempre.¹⁴⁶ A pesquisa mais extensa já realizada sobre o assunto, na Grã-Bretanha, registra que 37% dos alunos do ensino fundamental e 10% do ensino médio admitem sofrer *bullying* pelo menos uma vez por semana.¹⁴⁷

Estudos realizados a partir da década de 1980 vêm apontando que o *bullying* está associado a transtornos psíquicos que se manifestam ainda na infância e na adolescência ou até anos depois de ocorridas as humilhações, já na vida adulta. Entre as vítimas de *bullying*, podem ocorrer problemas de ansiedade exagerada, depressão, anorexia e bulimia, fobia social e, em casos extremos, até suicídio.

Quanto aos autores de *bullying*, embora o comportamento inadequado de acuar os colegas possa ter na origem um sofrimento momentâneo, como a separação dos pais, ou um modelo educacional regido pela falta de limites e pelo princípio de que diminuir o outro é o melhor caminho para se destacar, pode também ocorrer de o comportamento hostil ser já um indício de que a criança apresenta alguma alteração mental, como transtornos de oposição e desafio e distúrbios do impulso, que requerem atenção psicológica e psiquiátrica. Crianças que praticam *bullying* sistematicamente, sem serem repreendidas, têm maior probabilidade de apresentar comportamentos antissociais e transtornos de personalidade quando adultas, envolvendo-se em atos de delinquência e com o uso de drogas, além de praticar assédio moral no trabalho e se envolver em atos de violência doméstica.

Até mesmo as testemunhas do *bullying* sofrem o impacto de um ambiente escolar em que as hostilidades são frequentes, tendendo a se tornarem crianças inseguras e ansiosas, pelo temor de serem as próximas vítimas das agressões.

Aliás, quando se trata de *bullying*, não há uma divisão clara entre “mocinhos e bandidos”. Cerca de 20% das crianças autoras das

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

intimidações costumam também sofrer constrangimentos, humilhações e agressões por parte dos colegas. Um levantamento realizado pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (Abrapia), em 2002, envolvendo 5.875 estudantes de 5ª a 8ª séries, de 11 escolas localizadas no município do Rio de Janeiro, revelou que 41% desses alunos admitiram ter estado diretamente envolvidos em atos de *bullying*, naquele ano, sendo que 17% eram alvos, 13% autores e 11% se alternavam nos papéis de vítimas e agressores.¹⁴⁸

Na pesquisa do IBGE, a ocorrência de *bullying* foi verificada em maior proporção entre os alunos de escolas privadas (35,9%) do que entre os de escolas públicas (29,5%).¹⁴⁹ A literatura em geral, no entanto, aponta que esse tipo de prática ocorre com frequência semelhante em todos os tipos de escola, sendo mais comum em instituições que têm uma postura omissa em relação ao problema.

Para o psiquiatra Hermano Tavares, a melhor estratégia para combater o *bullying* é, além de coibir os comportamentos agressivos e intimidatórios, ensinar a meninos e meninas comportamentos de cooperação. “Num grupo de crianças em que a prática do *bullying* está muito difundida, é sinal de que falta a elas repertório de comportamentos em prol dos colegas e de tolerância com a diferença. É preciso que pais e professores ensinem isso a elas”, diz. Aos pais que são informados de que seus filhos andam praticando *bullying*, a Abrapia sugere as posturas mais adequadas¹⁵⁰:

- mostre que você sabe do que está acontecendo, desaprova o comportamento da criança, mas, ainda assim, a ama;
- garanta a seu filho que você quer ajudá-lo;
- tente identificar algum problema pelo qual ele está passando e que possa estar levando ao comportamento inadequado;
- dê limites firmes ao comportamento da criança;
- encoraje o pequeno a pedir desculpas ao colega hostilizado ou agredido;
- tente descobrir algo de que ele gosta e em que possa se destacar, para melhorar sua autoestima;
- elogie seu filho sempre que ele se sair bem em alguma tarefa ou situação.

Lidar com a diferença é um aprendizado longo. Muitas pessoas chegam

ao fim de suas vidas sem passar por ele, causando sofrimento para si e para os outros. Mas, se as lições começam cedo, as chances de se conseguir êxito nessa empreitada são muito maiores.

5. Esteja atento a alterações de comportamento na infância

Embora os problemas psíquicos e emocionais sejam geralmente diagnosticados no começo da vida adulta, a maior parte deles começa a dar sinais bem mais cedo. Um estudo longitudinal¹⁵¹ que acompanha há 40 anos o desenvolvimento e a saúde mental de todas as pessoas nascidas num mesmo hospital da cidade de Dunedin, na Nova Zelândia, entre 1º de abril de 1972 e 31 de março de 1973, mostrou que, entre as pessoas que apresentaram algum transtorno psiquiátrico aos 26 anos de idade, três quartos haviam desenvolvido o distúrbio antes dos 18 anos. Metade já apresentava sintomas na infância. Dados como esses, confirmados em outros estudos recentes, vêm sinalizando que é preciso estar atento a alterações de comportamento que surgem nas crianças. É nessa fase precoce da vida que se abre a maior janela de oportunidades para agir, de forma a tentar evitar que os problemas psíquicos se desenvolvam e venham à tona mais adiante, trazendo consigo sofrimento e prejuízos em diversas áreas da vida. Os pais, com ajuda especializada, têm muito a fazer por seus filhos nesse sentido.

Aos pais de crianças que apresentam alguns sintomas obsessivos, por exemplo – lavam as mãos a todo momento, por qualquer motivo, ou têm comportamentos excessivamente rígidos, do tipo “só vou almoçar se o copo de suco ficar do lado direito do prato” –, orienta-se conter essas “manias”, enquanto é cedo, para não se cristalizarem hábitos que podem se transformar num TOC futuramente. Meninos e meninas que têm um padrão de comportamento sistematicamente desobediente, desafiador e agressivo podem se beneficiar de uma postura mais firme e uniforme dos pais. Marido e mulher que se desautorizam o tempo todo criam o caldo de cultura para a formação de um filho com muitos problemas em obedecer a limites – afinal, se ele sabe que consegue negociar com o pai algo que a mãe já proibiu, para que vai respeitar regras? Já as crianças que são altamente perfeccionistas, autoexigentes e responsáveis, a ponto de parecerem adultas, têm mais chances de se transformarem em pessoas excessivamente ansiosas e de ter depressão no futuro, por isso, é melhor que os pais não prepararem para elas agendas repletas de atividades, diariamente. Crianças com esse perfil, especialmente, precisam ser

estimuladas a brincar, expondo-se, com os amigos, a situações novas e que envolvam errar.

Tendo em vista as descobertas recentes sobre a origem e o desenvolvimento dos transtornos mentais, profissionais da área têm investido em estudos que os permitam identificar crianças que possuem risco aumentado de desenvolver esse tipo de problema e, assim, intervir precocemente e tentar prevenir a instalação dessas doenças no futuro. As crianças consideradas com alto risco de desenvolver problemas psíquicos e emocionais são aquelas com histórico desse tipo de doença na família e que apresentam sintomas iniciais dos transtornos – ainda sem intensidade, duração e impacto suficientes para preencher um diagnóstico, mas já sugestivos do aparecimento futuro da doença. Para esses meninos e meninas, estão sendo testadas diversas estratégias de prevenção, como exercícios neurológicos capazes de desenvolver determinadas habilidades cognitivas e comportamentos; psicoterapia para as crianças; e treinamento dos pais para que eles estimulem nos filhos hábitos protetores e inibam atitudes que tendem a favorecer o desenvolvimento do problema.

Pesquisas desse tipo estão sendo feitas no Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INCT/INPD), que congrega uma centena de profissionais de saúde mental do Brasil e do exterior e tem a coordenação de profissionais da USP e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com direção executiva do psiquiatra e professor da USP Guilherme Polanczyk. Crianças com alguns sintomas pontuais de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e com histórico da doença na família, por exemplo, serão submetidas a uma técnica chamada *neurofeedback*. Trata-se de uma espécie de ginástica cerebral usada para ativar ondas elétricas do cérebro que se encontram reduzidas em pessoas com TDAH. Funciona assim: a criança é colocada na frente de um computador contendo a imagem de um submarino que se desloca em linha reta. Sem dar instruções muito detalhadas, os pesquisadores pedem que a criança tente fazer o submarino mover-se para cima ou para baixo. Intuitivamente, a criança faz determinado esforço mental e o submarino de fato se movimenta na direção desejada – ou seja, incrivelmente, com a “força do pensamento”, ela cumpre o objetivo do jogo. Isso acontece porque o *game* é programado de tal forma que, quando a criança ativa determinadas ondas cerebrais, definidas pelos pesquisadores, o submarino se move para cima ou para baixo, proporcionando um estímulo para que ela siga ativando tais ondas. E a resposta do jogo à ativação de ondas elétricas cerebrais específicas é possível porque o computador é ligado a um aparelho de

eletroencefalograma, que monitora a atividade cerebral da criança enquanto ela joga.

A ideia é que a criança participe desse tipo de atividade durante 30 minutos, duas a três vezes por semana, por quatro meses. Repetindo o exercício diversas vezes, durante esse tempo, ela vai treinar a habilidade de focar a atenção, relaxar e voltar a se concentrar no mesmo exercício – uma dificuldade tremenda para quem tem TDAH, que tende a se dispersar completamente quando interrompe uma tarefa. Enquanto isso, um grupo controle de crianças com o mesmo perfil de risco para desenvolver TDAH será acompanhado sem passar pelo treinamento com o jogo do submarino. Em dois momentos – seis meses e um ano após a conclusão do estudo –, os pesquisadores vão avaliar as crianças dos dois grupos para analisar se a turma que passou pelo trabalho de *neurofeedback* teve menos casos de TDAH – ou seja, se as estratégias utilizadas foram capazes de prevenir o aparecimento do transtorno, de fato.

O grupo do INCT/INPD está também iniciando pesquisas nos moldes do Dunedin Study, da Nova Zelândia, de observação em longo prazo. Em São Paulo, os pesquisadores selecionaram 900 mulheres grávidas, no último trimestre de gestação, com a pretensão de acompanhar os filhos delas desde a vida intrauterina até o final de suas vidas. Foram também selecionadas 2.512 crianças de 6 a 12 anos de idade, nas cidades de São Paulo e Porto Alegre, que serão observadas durante três anos. O objetivo desses dois estudos é identificar, entre os participantes, aqueles que irão apresentar algum transtorno psiquiátrico ou, ao menos, alguma alteração do desenvolvimento, com o passar dos anos, para, então, localizar os fatores de risco presentes em suas vidas que favoreceram essas alterações mentais. Os pesquisadores também querem identificar, nesse grupo afetado, padrões de comportamento na infância que possam sinalizar, com razoável precisão, se uma pessoa desenvolverá um transtorno mental no futuro. De posse desses dados, os profissionais terão mais elementos para tratar, de maneira precoce e eficaz, as crianças com sinais de que irão desenvolver problemas psiquiátricos na vida adulta.

Atualmente, a psiquiatria do desenvolvimento já identificou alguns padrões na evolução das alterações mentais. Hoje já se sabe, por exemplo, que, entre as pessoas que apresentavam, já na infância, sintomas de ansiedade de separação – uma síndrome em que a criança tem muitas dificuldades de ficar longe dos pais, custando a se adaptar à vida escolar –, é mais comum desenvolver ansiedade generalizada e síndrome do pânico na adolescência e depressão na vida adulta. E, entre os que apresentam TDAH na infância, é mais frequente desenvolver transtorno de conduta na

adolescência e abuso de álcool e outras drogas na juventude e vida adulta. Mas o alcance desse tipo de conhecimento e seus desdobramentos práticos ainda são bastante limitados. Vide o caso da esquizofrenia.

Já está muito claro para a comunidade científica que a esquizofrenia é uma doença do desenvolvimento cerebral, que se inicia muito cedo, ainda durante o período intrauterino, vai evoluindo lentamente durante a infância e a adolescência, com alterações de pensamento e comportamento, até desembocar nos sintomas psicóticos no início da vida adulta. Já foram inclusive mapeados alguns sinais da doença na infância, presentes em pessoas que desenvolvem esquizofrenia na juventude – quando se avalia a vida pregressa das pessoas que têm esquizofrenia hoje, verifica-se, frequentemente, que elas tiveram desempenho motor e cognitivo pior do que as outras crianças, a partir dos 3 anos de idade. E, apesar de a comunidade médica saber disso, hoje, só é possível tratar a esquizofrenia quando a pessoa entra em surto psicótico, já na vida adulta. A essa altura, já se perdeu um tempo valioso, porque muitos neurônios foram mortos. O trabalho que se faz, então, é sobretudo de reabilitação – algo como tratar as consequências de um infarto. E por que não se age antes? Porque os indicadores que existem para o diagnóstico futuro dessa doença psiquiátrica ainda são fracos. “Se o médico olha em retrospecto, de fato, verifica que o paciente que tem esquizofrenia hoje teve pior desempenho motor e cognitivo na infância. Mas se, no presente, um pediatra ou um psiquiatra olha para uma criança de 3 anos de idade que tem déficit no desempenho motor e cognitivo, ele não tem condições de saber se ela vai ter esquizofrenia um dia – isso pode ser sinal de uma infinidade de problemas ou até de nenhum”, explica Polanczyk. “A nossa intenção, e de uma grande parte da comunidade científica internacional, com os estudos da psiquiatria do desenvolvimento é, portanto, encontrar critérios mais precisos de identificação do risco de se desenvolverem doenças mentais para poder intervir mais cedo, com segurança”. Promete.

6. Converse abertamente sobre o uso de bebidas alcoólicas e drogas

A adolescência é a fase da vida mais propícia para que uma pessoa desenvolva relações problemáticas com a bebida e as drogas em geral. Se é natural, do ponto de vista do desenvolvimento humano, que as experimentações de toda sorte aconteçam nesse período, também é verdade que o uso muito precoce de substâncias psicoativas aumenta as chances de um indivíduo passar da experiência e da diversão esporádica

para o abuso e a dependência química, com todas as consequências que isso traz a reboque (*mais detalhes sobre o problema do álcool e das outras drogas no capítulo 5 deste livro*). Um estudo intitulado “Uso e abuso de álcool”, conduzido pela Escola de Medicina da Universidade Harvard, nos Estados Unidos, recentemente publicado, identificou que, dos adultos que deram os primeiros goles aos 14 anos ou menos, 16% passaram depois à categoria de dependentes ou abusadores de álcool. Entre aqueles que começaram a beber após os 21 anos, esse índice é de apenas 2%.¹⁵²

Do ponto de vista da biologia, isso acontece essencialmente porque, no cérebro dos adolescentes, estão ainda pouco desenvolvidas as áreas responsáveis pelo controle dos impulsos, planejamento e pela perspectiva da passagem do tempo. Essas habilidades são regidas pelo córtex pré-frontal, a parte do cérebro que fica bem na região da testa e é a última a amadurecer, já que o processo de maturação cerebral ocorre de trás para frente. “Um sujeito de 14 anos [*média de idade em que o brasileiro começa a beber*] que é exposto a uma substância autorreforçadora como o álcool, ou seja, que quanto mais se bebe, mais dá vontade de beber, tem chances muito maiores de perder o controle sobre o consumo de bebidas do que um jovem de 20 anos, que já desenvolveu um pouco mais a capacidade cerebral de inibir comportamentos de risco”, explica o psiquiatra Hermano Tavares.

Portanto, mantendo o foco da discussão apenas no aspecto da saúde, à parte as questões morais, pode-se dizer seguramente que, quanto mais tarde um jovem experimentar álcool, cigarro e outras drogas, menores as chances de ele se viciar. Por isso, Tavares recomenda aos pais de adolescentes: “Sem assumir uma postura excessivamente repressora, que não costuma ser muito eficiente, é preciso investir em diálogo e em informação aos filhos e no incentivo à prática de atividades nas quais eles se realizem. Assim, em vez de o adolescente buscar prazer e *status* na bebida e nas outras drogas, vai procurar satisfação pessoal e identidade de grupo sendo *skatista*, montando uma banda, jogando xadrez ou treinando natação, por exemplo”. A orientação vale sobretudo para os pais de adolescentes ansiosos, hiperativos, impulsivos, desafiadores e extremamente curiosos – esses têm maior necessidade de buscar novidades e menos medo de se expor a riscos, portanto, têm probabilidade aumentada de consumir bebidas alcoólicas de maneira exagerada, desde cedo.

Notas

[28*](#) Rodrigo Yacubian é radiologista. Envolveu-se com a *Kundalini Yoga* em 2005, quando foi para

os Estados Unidos cursar uma especialização em radiologia na Universidade da Califórnia, em San Diego (UCSD). Lá, conheceu David Shannahoff-Khalsa, um cientista americano que passou 23 anos pesquisando assuntos nas áreas de neurociência e genética e, na década de 1990, fundou o Grupo de Pesquisa sobre as Dinâmicas Mente-Corpo, no Instituto de Ciências Não Lineares da UCSD, para investigar novas abordagens terapêuticas para transtornos psiquiátricos e outros males físicos. David é hoje uma das maiores autoridades no campo das terapias alternativas para distúrbios psíquicos. É autor dos livros *Kundalini Yoga Meditation: Techniques Specific for Psychiatric Disorders, Couples Therapy & Personal Growth* (Norton, 2006) e *Kundalini Yoga Meditation for Complex Psychiatric Disorders: Techniques Specific for Treating the Psychoses, Personality, and Pervasive Developmental Disorders* (Norton, 2010). Atualmente, Yacubian estuda os efeitos da meditação em pacientes psiquiátricos com TOC, numa pesquisa realizada no Instituto de Psiquiatria da USP, dentro do escopo do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD).

Glossário

A

1. **Abuso de álcool** Consumo de bebida alcoólica em quantidade ou frequência suficiente para prejudicar as relações pessoais e o trabalho, provocar comportamento desordeiro e exposição a perigos físicos (dirigir embriagado, por exemplo). Pode levar ao alcoolismo (*ver item 6*).
2. **Abuso sexual** Prática sexual realizada com adultos, sem o seu consentimento, ou com crianças, em qualquer circunstância. Além do ato sexual forçado (estupro), também inclui carícias e palavras eróticas ditas em contexto de coação física ou moral.
3. **Adolescência** Fase do desenvolvimento humano em que ocorre a passagem da infância para a vida adulta. No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, vai dos 12 aos 18 anos. O final da adolescência é propício ao surgimento de problemas psíquicos.
4. **Afetividade** O terreno das emoções, dos sentimentos e dos estados de humor (*ver itens 37, 53 e 84*).
5. **Alcoolismo** Doença crônica caracterizada pela dependência do álcool (*ver item 30*).
6. **Alma** Correlato, na tradição clássica (*psichê*), do que hoje denominamos mente (*ver item 65*).
7. **Alucinação** Sensação falsa percebida como se fosse verdadeira. Inclui ouvir vozes, ver pessoas e sentir gostos e cheiros que não existem. Assim como o delírio (*ver item 28*), é um sintoma típico da esquizofrenia e também ocorre em casos graves de depressão, transtorno bipolar e dependência química.

- 8. Anestesia afetiva** Percebida como “falta de sentimentos”, é, na verdade, a ausência de grandes variações emocionais – a pessoa não sente euforias ou tristezas profundas. É um sintoma da depressão e pode ser também um efeito colateral, pouco frequente, de alguns antidepressivos. Pode ser contornado com ajustes de dosagem e tipo de medicamento.
- 9. Angústia** Sentimento ou emoção que acompanha um temor difuso, sem motivo claro e definido. É experimentada, em geral, como um “aperto” ou pressão no peito ou na garganta.
- 10. Anorexia nervosa** Perda voluntária e excessiva de peso, chegando a pelo menos 15% abaixo do recomendado. Transtorno psiquiátrico relacionado à distorção da autoimagem – mesmo estando com os ossos aparentes sob a pele, a pessoa com anorexia se vê acima do peso. Por isso, diminui o consumo de alimentos, força vômitos, toma laxantes e pratica exercícios até a exaustão. A anorexia provoca diversos danos à saúde e pode levar à morte.
- 11. Ansiedade** Emoção fundamental para o ser humano, pois estimula a precaução e a eficiência. Já quando sentida em níveis exagerados ou sem motivo, torna-se doença. A síndrome do pânico e as fobias são tipos de ansiedade patológica.
- 12. Ansiolítico** Popularmente chamado de “calmante” ou “tranquilizante”, é um tipo de medicamento usado para controlar a ansiedade exagerada. Ajuda a diminuir o estado de constante agitação mental, as palpitações, a respiração ofegante e os tremores e facilitam o sono. Seu uso prolongado pode levar à dependência.
- 13. Anticorpos** Substâncias que compõem o sistema imunológico humano, responsável pela defesa do organismo. Os anticorpos atacam agentes infecciosos, como vírus, fungos e bactérias.
- 14. Antidepressivo** Classe de medicamentos que auxilia no tratamento da depressão e da ansiedade exagerada. Há cerca de trinta tipos de antidepressivos, receitados pelo médico conforme o grupo de sintomas do paciente e a gravidade do caso.
- 15. Antipsicótico** Tipo de medicação que elimina ou reduz delírios e alucinações, principalmente em doentes de esquizofrenia. Diferente dos

primeiros antipsicóticos, os remédios modernos não causam sedação e rigidez muscular.

- 16. **Apatia** Ausência parcial ou total de sentimentos e emoções (*ver itens 37 e 84*). Comum em quadros de depressão (*ver item 31*).
- 17. **Assédio moral** Exposição de um indivíduo, no ambiente de trabalho, a hostilidades, constrangimentos e humilhações repetidos. Pode servir de gatilho (*ver item 47*) para o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão e ansiedade.
- 18. **Ataque de pânico** Crise aguda de ansiedade caracterizada por suor, tremores, formigamentos, taquicardia, pressão no peito, falta de ar e tontura. A sensação é de estar tendo um ataque do coração, morrendo ou enlouquecendo.
- 19. **Autismo** Transtorno mental que se manifesta na infância e se caracteriza por dificuldades na comunicação (visual, verbal e gestual), no relacionamento (mesmo com a mãe e o pai) e por comportamentos repetitivos (chacoalhar as mãos, por exemplo).

C

- 20. **Células nervosas** Responsáveis pela percepção dos sentidos, pelo comando dos movimentos, pela coordenação das funções vitais, como respiração e batimentos cardíacos, e por todas as ações humanas. A principal célula nervosa é o neurônio (*ver item 66*).
- 21. **Cérebro** Órgão mais complexo do corpo humano. Pesa em torno de 1,4 quilo, apenas, e é composto por cerca de 86 bilhões de neurônios. O cérebro é a base física das emoções, dos pensamentos e dos comportamentos. Todo transtorno psíquico e emocional envolve algum desequilíbrio bioquímico do cérebro.
- 22. **Cognição** Capacidade de processar informações e construir conhecimento. Inclui um conjunto de habilidades, como atenção, memória, linguagem, planejamento e tomada de decisões. Pode ser entendida como sinônimo de inteligência.
- 23. **Comportamento** Conduta, forma de reação a estímulos. É, em parte,

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

instintivo e, em parte, aprendido no convívio familiar e social. Todos os transtornos psiquiátricos envolvem alterações de comportamento.

- 24. Compulsão** Tecnicamente, refere-se aos rituais repetitivos e incontroláveis do TOC (*ver item 92*), realizados para aliviar o incômodo das obsessões. Em sentido amplo, corresponde também aos atos descontrolados e impulsivos, motivados por desejos irresistíveis, como os de usar álcool e outras drogas, comer, comprar, jogar, ter relações sexuais e usar a internet, desenfreadamente, apesar da consciência sobre os prejuízos posteriores.
- 25. Cortisol** Hormônio que põe o corpo em estado de alerta. É útil quando liberado em situações que requerem agilidade e eficiência, mas, se produzido em excesso, por longos períodos, contribui para o surgimento de transtornos psíquicos, como ansiedade e depressão. É conhecido como o hormônio do estresse (*ver item 41*).
- 26. Culpa** Sentimento que ocorre a uma pessoa ao avaliar negativamente algo que fez, planejou, desejou ou deixou de fazer. Aparece após a violação de um preceito moral ou a quebra de expectativas que o indivíduo tinha em relação a si.

D

- 27. Deficiência mental** Transtorno caracterizado pela limitação da capacidade intelectual, em nível muito inferior à média. Surge geralmente na infância, em decorrência de fatores genéticos, complicações na gravidez ou no parto. A síndrome de Down e a paralisia cerebral, por exemplo, são causas de deficiência (ou retardo) mental.
- 28. Delírio** Ideia fantasiosa na qual a pessoa com esquizofrenia acredita e que os outros não conseguem dissolver com argumentos ou evidências. Presentes com mais força nos surtos (*ver item 90*). O delírio de perseguição é o mais comum.
- 29. Demência** Doença degenerativa que acomete os idosos e afeta a cognição de forma progressiva. A pessoa perde a capacidade de resolver os problemas do dia a dia. O mal de Alzheimer é a demência mais

comum (*ver item 59*).

- 30. Dependência** Padrão de consumo de drogas, inclusive o álcool, em que o usuário sente compulsão por consumir a substância, torna-se tolerante a ela (precisa de mais doses para obter o mesmo efeito) e tem sintomas de abstinência, como irritabilidade, tremores e náusea, quando seu uso é interrompido. O dependente abandona outras formas de prazer em favor do uso da droga e perde o discernimento sobre o mal que o consumo lhe causa.
- 31. Depressão** Doença caracterizada por um profundo estado de apatia e desinteresse pela vida. Diferente da tristeza, que tem um motivo específico, a melancolia da depressão manifesta-se de forma generalizada.
- 32. Derrame** Nome popular para acidente vascular cerebral (AVC), é causado pela obstrução ou ruptura de artérias que levam sangue até o cérebro. Manifesta-se com sintomas súbitos e apenas num dos lados do corpo – pálpebra caída, visão turva, boca torta, perda de força e coordenação motora e dormência. São comuns também fala pastosa e desorientação. Requer socorro médico imediato, para tentar evitar sequelas e até a morte.
- 33. Diabetes** Doença caracterizada pelo aumento do nível de glicose (açúcar) no sangue. É classificada em diabetes tipo I (surge na infância e requer tratamento com injeções diárias de insulina), diabetes tipo II (frequente após os 40 anos, devido aos efeitos de maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse; pode ser tratada com comprimidos) e diabetes gestacional (provocada pelo aumento excessivo no peso da mulher, durante a gestação, é geralmente normalizada após o parto).
- 34. Dupla personalidade** Nome popular para “transtorno dissociativo de identidade” – condição em que uma pessoa apresenta características de duas ou mais personalidades que se alternam. Cada personalidade pode ser vivida como se possuísse uma história pessoal distinta, memórias próprias e inclusive nomes diferentes. A alternância entre elas geralmente ocorre em eventos traumáticos ou estressantes. Não deve ser confundido com *esquizofrenia* (*ver item 39*), doença em que o indivíduo age de maneira contraditória – ri, quando está triste, ou demonstra raiva,

quando está alegre – porque tem dificuldade de adequar suas expressões emocionais ao seu estado de espírito, num mesmo momento.

E

- 35. Embotamento afetivo** Redução da capacidade de vivenciar ou expressar sentimentos e emoções. Típico dos quadros de esquizofrenia. Semelhante à apatia, mas, diferente desta, que pode ser temporária, é um traço permanente.
- 36. Emocional** Relativo às emoções. Na linguagem popular, usa-se “emocional” para se referir ao que é de natureza “psíquica” (*ver item 79*). Por isso, usa-se a expressão “problemas emocionais” para se referir a “transtornos mentais”.
- 37. Emoção** Conteúdo afetivo que acompanha experiências de prazer ou desprazer. É vivida de forma súbita, intensa e efêmera e com manifestações corporais perceptíveis (ficar “corado” de *vergonha* ou com o “coração acelerado” de *medo*). Êxtase, ira e nojo são outros exemplos de emoções.
- 38. Envelhecimento** Progressiva e natural deterioração do organismo, atinge a todos com o avançar da idade. Apesar da decadência envolvida, inclui o aspecto positivo da maturidade.
- 39. Esquizofrenia** Transtorno mental que desconecta as pessoas da realidade, torna os pensamentos confusos e o comportamento apático. Especialmente em surto (*ver item 90*), os doentes têm alucinações e delírios (*ver itens 8 e 28*).
- 40. Estigma** Qualificação que se atribui a alguém como um rótulo vergonhoso que a define. Estigmatizados são as pessoas que não se enquadram nos padrões de normalidade estabelecidos socialmente – em geral, sofrem discriminação e têm grande sentimento de insegurança por sua condição. A doença mental é um forte estigma em todas as sociedades.
- 41. Estresse (em inglês, stress)** Termo emprestado da física na qual designa a tensão e o desgaste dos materiais. Na saúde, refere-se ao estado

fisiológico de alerta do corpo e da mente. É útil em situações que requerem eficiência, mas, se sentido constantemente, pode levar ao desenvolvimento de doenças como hipertensão, ansiedade e depressão.

F

- 42. **Fatores ambientais** Situações que causam estresse e contribuem para o surgimento de transtornos psíquicos. Exemplos: cobranças excessivas no trabalho, problemas financeiros, os cuidados de um bebê, violência, falta de carinho e abuso sexual.
- 43. **Fatores psicológicos** Preparo emocional para lidar com problemas, frustrações, tristezas, traumas, decisões, responsabilidades, riscos e situações desconhecidas. Pessoas com boa estrutura emocional estão menos sujeitas a desenvolver transtornos psíquicos.
- 44. **Fisiológico** Relativo à fisiologia, ou seja, ao funcionamento do corpo, em seus aspectos químicos, físicos, elétricos e mecânicos.
- 45. **Fobia** Medo patológico de algum objeto, animal ou situação específica que não representa risco para as demais pessoas. Fobia de altura, agulha, aranha, viagens de avião, elevadores e cachorros são algumas das mais comuns.

G

- 46. **Gastrite** Inflamação da mucosa que reveste o estômago. Pode ser aguda ou crônica e é provocada por diferentes fatores, como infecções, lesões decorrentes do uso de medicamentos e álcool, estresse e distúrbios do sistema imunológico.
- 47. **Gatilho** Fator externo que desencadeia um transtorno mental, quando existem condições genéticas e psicológicas para isso. Uma situação de estresse prolongado, como o assédio moral no trabalho, pode servir de gatilho para uma depressão, por exemplo.
- 48. **Genes** Códigos que cada pessoa herda de seu pai e de sua mãe, responsáveis por lhe conferir características individuais, como a cor dos

olhos, o temperamento e a predisposição a determinadas doenças. Cada pessoa possui entre 20.000 e 25.000 genes.

49. Genético Relativo aos genes. Uma doença genética pode ser hereditária (causada diretamente pelos genes herdados dos pais), ou surgir a partir de alterações dos genes herdados, durante a formação do embrião, ou ao longo da vida, com a influência de fatores externos, como tabagismo e a exposição constante à violência. Toda doença hereditária é genética, mas nem toda doença genética é hereditária.

H

50. Hereditário Aquilo que é transmitido dos pais para os filhos por meio dos genes. Características físicas e traços de personalidade têm grande influência hereditária. A tendência a desenvolver determinadas doenças – inclusive transtornos mentais – também. Mas nem todo mundo que tem pai ou mãe com algum transtorno mental herda o gene da doença. E, mesmo aqueles que herdam, podem nunca desenvolvê-la, se o ambiente em que vivem não contribuir para isso.

51. Hipertensão arterial Doença popularmente conhecida como “pressão alta”. Geralmente ocorre pelo estreitamento dos vasos sanguíneos, em função de maus hábitos, como ingestão excessiva de gorduras, álcool ou cigarros. Para o sangue conseguir circular, nessas condições, faz maior pressão contra a parede das artérias. A pressão arterial é considerada alta quando, medida em repouso, apresenta valores iguais ou acima de 14 por 9, em seguidos exames.

52. Hormônios Substâncias químicas produzidas em glândulas, órgãos e tecidos do organismo e liberadas no sangue para controlar todo tipo de função: de apetite, crescimento e libido à regulação de neurotransmissores no cérebro (*ver item 67*). Podem ser repostos artificialmente, com comprimidos, quando necessário.

53. Humor Disposição básica da afetividade de uma pessoa; seu “estado de espírito”. É sob a influência do humor que as vivências são interpretadas como positivas ou negativas e se originam os sentimentos e as emoções. Exemplo: no humor deprimido, são frequentes os sentimentos de tristeza,

pessimismo e desesperança.

I

54. Incidência Número de novos casos de uma doença, durante um período específico de tempo. Ver prevalência (*item 74*).

55. Infarto Popularmente chamado de “ataque do coração”, é a morte de uma parte do músculo cardíaco por falta de irrigação sanguínea. Geralmente, decorre do entupimento de uma artéria coronária por placas de colesterol ou por um coágulo de sangue. Os sintomas da crise de pânico – pressão no peito, suor e tontura – são frequentemente confundidos com os sinais de infarto.

56. Insanidade Falta de saúde mental. Ver loucura (*item 58*).

57. Insônia Incapacidade de adormecer de forma regular e de manter um sono reparador – que, em geral, deve durar oito horas.

L

58. Loucura Designação genérica que se dá aos transtornos da mente, sobretudo os que envolvem perda de contato com a realidade, como a esquizofrenia. Nem sempre a loucura foi tida como um problema de saúde. No passado, foi tomada como problema moral ou espiritual, sendo “tratada” pela polícia, pela Justiça e pelos religiosos.

M

59. Mal de Alzheimer É a forma mais comum de demência (*ver item 29*). Conhecido por causar dificuldades no registro de memórias recentes, compromete também a capacidade de expressão, a orientação espacial, provoca mudanças na personalidade e alterações no comportamento, que vão da apatia à agressividade. Ao fim, afeta também os movimentos e toda a saúde física do idoso.

- 60. Mania** Nome técnico da fase eufórica do transtorno bipolar (*ver item 95*). É caracterizada por excesso de impulsividade, energia e desinibição, além de baixa autocrítica, o que pode levar a compras desenfreadas, práticas sexuais desprotegidas e outras atitudes arriscadas.
- 61. Manicômio** Nome dado aos antigos asilos e hospitais dedicados a pessoas com doenças mentais graves. Abrigavam grande número de pacientes e, como não existiam tratamentos eficazes para eles, até a década de 1950, acabavam servindo essencialmente ao isolamento social dos doentes. Desde os anos 1960, os manicômios vêm sendo substituídos por hospitais menores, leitos em hospitais comuns e tratamento domiciliar. O termo “manicômio”, assim como “hospício”, é hoje considerado estigmatizante (*ver item 40*).
- 62. Melancolia** Estado de humor ou sentimento caracterizado por uma tristeza difusa que afeta a vitalidade do indivíduo e sua visão de mundo. O médico mais famoso da história, o grego Hipócrates (460-375 a.C.), usava o termo “melancolia” para se referir a estados doentes de apatia, tristeza e pessimismo, que hoje correspondem ao tipo mais comum de depressão.
- 63. Memória** Capacidade de registrar e, posteriormente, recuperar informações armazenadas no cérebro. Existem vários tipos de memória, entre elas a “explícita”, cujas lembranças são resgatadas intencionalmente, como o telefone de casa, e a “implícita”, evocada de maneira espontânea, como a habilidade de dirigir ou andar de bicicleta.
- 64. Menopausa** Nome dado ao fim natural e definitivo da menstruação, na vida da mulher. Ocorre por volta dos 50 anos de idade. É precedida de sintomas como ondas de calor, irritabilidade, alterações no sono e na libido, chamadas de climatério (no senso comum, o climatério é confundido com a menopausa em si).
- 65. Mente** Conjunto de estados e funções responsáveis pelas operações do intelecto, do afeto, da vontade e do comportamento do ser humano. A existência da mente depende da existência e do funcionamento do cérebro, mas não se reduz a ele.

N

- 66. Neurônio** Célula que constitui a base do sistema nervoso. É nos neurônios que são processadas todas as informações vindas do mundo externo e de dentro do corpo, formam-se as percepções dos sentidos, as emoções e os pensamentos e de onde partem comandos para funções vitais, movimentos e atitudes.
- 67. Neurotransmissores** São os mensageiros químicos do cérebro. Substâncias liberadas nas sinapses (*ver item 86*) para fazer a transmissão de impulsos entre os neurônios, permitindo que eles “conversem” entre si. O cérebro tem cerca de sessenta tipos de neurotransmissores.
- 68. Noradrenalina** Neurotransmissor (*ver item 67*) que provoca excitação física (eleva os batimentos cardíacos e a liberação de glicose no sangue, para dar energia), aumenta a disposição mental e está associado ao bom humor.
- 69. Normal** O que está na “norma”, na média, é estatisticamente mais comum. Esse critério estatístico não se aplica ao comportamento humano. Em saúde mental, não são consideradas normais, e sim patológicas, as atitudes que trazem sofrimento e prejuízos para o indivíduo e os outros. O resto é simples excentricidade e não requer tratamento.

P

- 70. Pensamento** Uma das funções cognitivas da mente. É a condição básica para que uma pessoa possa perceber, interpretar, descrever e interagir com o mundo. O pensamento se forma e é expresso por meio da linguagem.
- 71. Personalidade** Jeito de ser de uma pessoa, modo como vê o mundo e se relaciona com ele. É formada por disposições naturais – o temperamento – e por aprendizagens que vêm da família e da cultura em que o sujeito vive.
- 72. PET** Sigla, em inglês, para Tomografia por Emissão de Pósitrons.

Exame de imagem que mostra os diferentes níveis de atividade das regiões do cérebro, ilustradas em cores diversas. Pode fornecer informações sobre casos de epilepsia, tumores cerebrais e AVC.

73. Poda neural Processo de eliminação das sinapses (*ver item 86*) pouco utilizadas ou danificadas, para dar lugar a novas conexões entre os neurônios, proporcionando a aquisição de outros aprendizados. Evento semelhante à poda de uma árvore, em que se eliminam os galhos que estão prejudicando o desenvolvimento da planta. Nas pessoas com esquizofrenia, a poda neural não acontece como deveria e ocorrem “curtos-circuitos” no cérebro, que acabam desencadeando os sintomas do transtorno.

74. Prevalência Número total de casos existentes de uma doença, em determinada população e época. Utilizada para mostrar a dimensão das doenças.

75. Psicanálise Método psicoterapêutico criado pelo neurologista Sigmund Freud no século XIX e depois desenvolvido por outros psicólogos. Procura auxiliar o paciente a acessar seus pensamentos, desejos e conflitos inconscientes, por meio da palavra, para ajudá-lo a amenizar sofrimentos, estabelecer relações satisfatórias e ter uma visão favorável de si mesmo e do mundo.

76. Psicopata Nome popular para a pessoa que tem transtorno de personalidade antissocial. Também designado por sociopata. Tem como características centrais a indiferença pelos sentimentos alheios, o desrespeito sistemático a normas, a facilidade de mentir, a incapacidade de sentir culpa e de aprender com punições. Não confundir com psicótico (*ver item 90*).

77. Psicoterapia Técnica utilizada no tratamento de sofrimentos mentais, por meio da palavra. Conversas entre o psicoterapeuta e seu paciente buscam ajudá-lo a se autoconhecer, fortalecer-se emocionalmente e eliminar ideias e comportamentos que causam sofrimento e prejuízos a si e aos outros. Há diversas linhas psicoterápicas, entre elas a psicanálise (*ver item 75*) e a terapia cognitivo-comportamental (*ver item 91*). Psicoterapeutas não podem prescrever remédios.

78. Psiquiatria Especialidade médica que se ocupa de estudar, diagnosticar,

tratar e prevenir as mais diversas doenças da mente, como depressão, esquizofrenia, dependência química e autismo. Psiquiatras podem prescrever medicamentos.

79. Psíquico Relativo à *psyché*, ou seja, à mente ou à alma (*ver itens 7 e 65*).

80. Psoríase Doença inflamatória da pele caracterizada por lesões avermelhadas e descamativas que, na maioria dos casos, aparecem no couro cabeludo, nos cotovelos e joelhos. É crônica e não contagiosa e sofre grande influência da genética (*ver item 49*).

R

81. Razão Propriedade da mente que nos permite interpretar, por meio de deduções, reflexões e induções, os dados do mundo externo ou interno (memórias, vontades e sentimentos, por exemplo).

82. Ressonância magnética Exame de imagem que pode ser estrutural – mostra a anatomia detalhada de determinadas partes do corpo, como se tirasse uma foto de alta resolução – ou funcional – registra imagens dos órgãos em pleno funcionamento. É especialmente eficaz no diagnóstico de doenças em tecidos moles do corpo, que contêm muita água, como cérebro, músculos, fígado e rins.

S

83. Sangria Método pretensamente terapêutico que consiste em retirar sangue de um paciente (por meio de cortes ou sanguessugas). Era muito utilizado até o século XIX para aliviar sintomas de qualquer doença. Em vez de curar, frequentemente levava à piora da doença e até à morte. Caiu em desuso no Ocidente com o avanço da medicina.

84. Sentimento Conteúdo afetivo que acompanha experiências de prazer ou desprazer, é vivido de forma prolongada e estável, geralmente sem manifestações físicas intensas. Sofre maior influência do intelecto (valores, conceitos e expectativas) do que as emoções. Exemplos: alegria, tristeza, mágoa e sentimento de vazio.

- 85. Serotonina** É um neurotransmissor (*ver item 67*) relacionado à sensação de prazer. Problemas na resposta dos neurônios aos estímulos da serotonina estão relacionados à depressão.
- 86. Sinapse** Ponto de encontro entre os neurônios, onde eles estabelecem comunicação, processando informações e transmitindo comandos para todo o corpo.
- 87. Síndrome do pânico** Sucessivos ataques de pânico (*ver item 18*), entremeados pelo medo de ter uma nova crise e pela esquiva de situações que a pessoa acredita terem o poder de desencadear um novo episódio da doença.
- 88. SPECT** Sigla, em inglês, para Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único. Assim como o PET (*ver item 72*) e a ressonância magnética funcional (*ver item 82*), permite avaliar o nível de atividade de diferentes regiões do cérebro. O resultado do exame segue uma escala de cores: as regiões amarelas e vermelhas são as chamadas áreas “quentes”, ou seja, indicam uma atividade cerebral maior; regiões azuis e pretas mostram atividade menor ou ausente.
- 89. Subjetivo** Que pertence ao mundo interno de cada indivíduo. A subjetividade é construída a partir de experiências de vida, valores, crenças, pensamentos e vontades. Subjetivo também é sinônimo do que é passível de interpretações variadas.
- 90. Surto psicótico** Momento de crise em que as pessoas com transtornos mentais graves, como esquizofrenia, depressão severa, transtorno bipolar, alcoolismo e dependência de drogas, perdem contato com a realidade, frequentemente tendo delírios e alucinações.

T

- 91. Tensão Pré-Menstrual** Conjunto de sintomas físicos e psicológicos que se manifesta nos dias anteriores à menstruação.
- 92. Terapia cognitivo-comportamental** Psicoterapia de curto-prazo baseada no princípio de que é preciso reprogramar ideias distorcidas do paciente e expor a pessoa a situações que lhe despertam medo para modificar

comportamentos indesejados. Recomendada principalmente para o controle de sintomas específicos, como os do TOC (*ver item 92*), das fobias (*ver item 45*) e do pânico (*ver item 18*).

93. TOC Sigla para transtorno obsessivo-compulsivo. Problema mental caracterizado pela presença insistente de pensamentos ruins que invadem a mente da pessoa – as obsessões –, aliviados com a realização de rituais repetitivos, chamados de compulsões (*ver item 24*). Há diferentes tipos de TOC, sendo os de limpeza e organização alguns dos mais comuns.

94. Tomografia computadorizada Exame de raios X mais nítido que a radiografia convencional. Mostra “fatias” de determinadas partes do corpo separadas, enquanto a radiografia tradicional apresenta todas as estruturas do corpo sobrepostas. A tomografia computadorizada é menos precisa que a ressonância magnética (*ver item 82*).

95. Transtorno bipolar Doença mental caracterizada pela oscilação extrema no humor e no nível de energia das pessoas. Os doentes enfrentam períodos de depressão (*ver item 31*) e de euforia (tecnicamente, “mania” – *ver item 60*), que se alternam com fases de normalidade. Já foi conhecida pelo nome de psicose maníaco-depressiva.

96. Transtornos de personalidade Problemas psíquicos caracterizados por padrões de percepção, reação e relacionamento inflexíveis e que causam muitos problemas no convívio social. Há vários transtornos de personalidade, entre eles psicopatia (*ver item 76*) e *borderline* (*ver item 97*).

97. Transtorno de personalidade borderline Transtorno marcado por um padrão contínuo de instabilidade no humor e forte impulsividade. Não deve ser confundido com o transtorno bipolar (*ver item 95*), que apresenta sintomas semelhantes, mas manifesta-se em fases bem definidas, alternadas com períodos de normalidade.

98. Trauma Para a medicina em geral, trauma é um machucado, uma lesão provocada por causa externa. Para a psicologia, é uma espécie de lesão emocional que resulta de experiências de intenso sofrimento, medo e desamparo. Frequentemente, os traumas servem de gatilho (*ver item 47*) para o desencadeamento de transtornos mentais. Isso pode acontecer mesmo quando o fato traumático não é lembrado objetivamente, mas as

sensações e os estímulos ligados a ele são rememorados e causam sofrimento.

- 99. Tristeza** Sentimento vivenciado pelos seres humanos diante de expectativas frustradas, culpas (*ver item 26*), perdas, tédio excessivo ou falta de perspectiva para resolver um problema. É sentida intensamente, por exemplo, durante o luto. Tristeza não é sinônimo de depressão (*ver item 31*), embora possa ser um sintoma do transtorno depressivo.

V

- 100. Violência psicológica** Agressões feitas por meio de palavras depreciativas, gritos ou gestos com objetivo de aterrorizar, ameaçar, humilhar, rejeitar, discriminar, acusar ou restringir a liberdade de alguém. Frequentemente, a vítima é manipulada pelo agressor de modo que se sinta responsável pela violência sofrida. Também conhecida como violência emocional, esta é a forma mais comum e menos denunciada de violência doméstica. Também ocorre no ambiente profissional – chamada de assédio moral (*ver item 17*) – e no contexto escolar (atualmente conhecida por *bullying*). A violência psicológica não deixa marcas físicas, mas prejudica seriamente a autoestima e pode levar ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade, à depressão e ao suicídio.

Referências

Capítulo 1: Para começo de conversa

- ¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- ² ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV*. 4. ed. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WHO INTERNATIONAL CONSORTIUM IN PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Boletim da Organização Mundial da Saúde*, Genebra, v. 78, n. 4, 2000.
- ⁴ WANG, Philip S. et al. Chapter 6: Treated and untreated prevalence of mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health (WMH) surveys. In: THORNICROFT, Graham; SZMUKLER, George; MUESER, Kim T. *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Nova York: Oxford University Press, 2011.
- ⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, v. 6, n. 3, p. 168-176, oct. 2007.
- ⁶ MORENO, Doris Hupfeld; DEMÉTRIO, Frederico Navas; MORENO, Ricardo Alberto. Depressão. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 698.
- ⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health

Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, v. 6, n. 3, p. 168-176, oct. 2007.

⁸ LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

⁹ LIMA, Mauro Gomes Aranha de. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010..

¹⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Genebra: WHO Press, 2008.

¹¹ BRASIL. Ministério da Previdência Social. Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença previdenciários concedidos segundo os códigos da CID-10 – janeiro-dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_120116-091746-044.pdf>. Acesso em: 6 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença acidentários concedidos, segundo os códigos da CID-10 – janeiro-dezembro de 2011. Disponível em: <http://previdencia.gov.br/arquivos/office/3_120116-091746-203.pdf>. Acesso em: 6 set. 2012.

¹² STEWART, Walter F. Cost of Lost Productive Work Time Among US Workers With Depression. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, n. 289, p. 3135-3144, 2003.

¹³ NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). Statistics. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/statistics/index.shtml>>. Acesso em: 3 jun. 2011.

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10*, ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.

¹⁵ WANG, Philip S. *et al.* Chapter 6: Treated and untreated prevalence of
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health (WMH) surveys. In: THORNICROFT, Graham; SZMUKLER, George; MUESER, Kim T. *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Nova York: Oxford University Press, 2011.

¹⁶ ANDRADE, Laura Helena Silveira de. Epidemiologia dos transtornos mentais na população geral adulta. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 1812.

¹⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Genebra: WHO Press, 2008.

¹⁸ YOVELL, Yoram. *O inimigo no meu quarto*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Record, 2008. p. 32.

¹⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WHO INTERNATIONAL CONSORTIUM IN PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Boletim da Organização Mundial da Saúde*, Genebra, v. 78, n. 4, 2000.

²⁰ MORENO, Doris Hupfeld; DEMÉTRIO, Frederico Navas; MORENO, Ricardo Alberto. Depressão. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 698-710.

Capítulo 2: Um mapa dos transtornos mentais

²¹ BARCELOS-FERREIRA, Ricardo *et al.* Fatores de risco e proteção para morbidade psiquiátrica. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 136-153.

²² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WHO INTERNATIONAL CONSORTIUM IN PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Boletim da Organização Mundial da Saúde*, Genebra, v. 78, n. 4, 2000.

²³ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Pesquisa sobre*

sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos. Rio de Janeiro: ABP; Ibope, 2008. Disponível em: <http://abp.org.br/2011/medicos/?s=Cerca+de+5+milh%C3%B5es+de+crian%C3%A7as+demonstram+prob> Acesso em: 24 jun. 2011.

²⁴ LEDERBOGEN, Florian *et al.* City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, v. 474, n. 7352, p. 498-501, june 2011. p. 498.

²⁵ BARCELOS-FERREIRA, Ricardo *et al.* Fatores de risco e proteção para morbidade psiquiátrica. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 136-153.

²⁶ YOVELL, Yoram. *O inimigo no meu quarto*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Record, 2008. p. 409.

²⁷ YOVELL, Yoram. *O inimigo no meu quarto*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Record, 2008. p. 410.

Capítulo 3: Depressão – quando se está à deriva, numa vida que perdeu a graça

²⁸ MORENO, Doris Hupfeld; DEMÉTRIO, Frederico Navas; MORENO, Ricardo Alberto. Depressão. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 698.

²⁹ MOSER, Benjamin. *Clarice, uma biografia*. Tradução de José Geraldo Couto. 2. ed. São Paulo: Cosac Naify, 2011. p. 282.

³⁰ MORENO, Doris Hupfeld; DEMÉTRIO, Frederico Navas; MORENO, Ricardo Alberto. Depressão. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 699.

³¹ YOVELL, Yoram. *O inimigo no meu quarto*. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Record, 2008. p. 31.

³² SILVEIRA, Dartiu Xavier da; JORGE, Miguel Roberto. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, set./out. 1998.

Capítulo 4: Ansiedade exagerada – e se o melhor da festa não for esperar por ela?

³³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, v. 6, n. 3, p. 168-176, oct. 2007.

³⁴ BERNIK, Márcio; CORREGIARI, Fábio. Transtorno de pânico e agorafobia. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 757.

³⁵ BERNIK, Márcio; CORREGIARI, Fábio. Transtorno de pânico e agorafobia. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 757.

³⁶ ANDRADE, Laura Helena Silveira de. Epidemiologia dos transtornos mentais na população geral adulta. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011.

³⁷ LEAHY, Robert L. *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 13.

³⁸ LEAHY, Robert L. *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 25.

³⁹ LEAHY, Robert L. *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 13-14.

⁴⁰ LEAHY, Robert L. *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 14.

⁴¹ MORENO, Doris Hupfeld; DEMÉTRIO, Frederico Navas; MORENO, Ricardo Alberto. Depressão. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 698-710.

⁴² SHAVITT, Roseli Gedanke; TORRES, Albina Rodrigues; HOUNIE, Ana Gabriela. Transtorno obsessivo-compulsivo. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011.

⁴³ LEAHY, Robert L. *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 72.

⁴⁴ MARCOLINO, José Álvaro Marques *et al.* Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 57, n. 1, jan.-fev. 2007.

Capítulo 5: O problema do álcool e das outras drogas

⁴⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease attributable to Selected Major Risks, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks> Acesso em: 8 set. 2011.

⁴⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease attributable to Selected Major Risks, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks> Acesso em: 8 set. 2011.

⁴⁷ ARAUJO, Tarso. *Almanaque das drogas: um guia informal para o debate racional*. São Paulo: Leya, 2012, p. 198, citando NUTT, D. J.; KING, L. A.; PHILLIPS, L. D. Drug Harms in The UK: a Multicriteria Decision Analysis. *The Lancet*, v. 376, p. 1558-1565, 2010. p. 1562.

⁴⁸ LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* *I Levantamento nacional sobre os*

padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. p. 75.

⁴⁹ MALBEGIER, André *et al.* Síndromes recorrentes do uso de substâncias. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 670.

⁵⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Status Report on Alcohol and Health*. Suíça: WHO Press, 2011. p. 31.

⁵¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Status Report on Alcohol and Health*. Suíça: WHO Press, 2011. p. 24.

⁵² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Status Report on Alcohol and Health*. Suíça: WHO Press, 2011. p. 24.

⁵³ MALBEGIER, André *et al.* Síndromes recorrentes do uso de substâncias. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 670.

⁵⁴ CONNERY, Hilary Smith. *Alcohol Use and Abuse: a Havard Medical School Special Report*, 2008.

⁵⁵ LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. p. 39.

⁵⁶ IBOPE. Investimentos em mídia crescem 16% em 2011. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=5&proj=PortalIBOPE&pub=T&db=caldb&comp=Investimento+Pul>> Acesso em: 23 jan. 2012.

⁵⁷ SNYDER, Leslie B. *et al.* Effects of Alcohol Advertising Exposure on Drinking Among Youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, v. 160, jan. 2006.

⁵⁸ LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília:

Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. p. 51, 72-74.

⁵⁹ PECHANISKY, Flavio; DUARTE, Paulina do C. A. V.; DE BONI; Raquel Brandini (Org.). *Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos*. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. p. 18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The Global Burden of Disease*: 2004 update. Genebra: WHO Press, 2008. p. 11.

⁶⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Global Status Report on Alcohol and Health*. Suíça: WHO Press, 2011. p. 25.

⁶¹ LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. p. 58.

⁶² LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. p. 59.

⁶³ WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2012*. Caderno complementar 2 – acidentes de trânsito. São Paulo: Instituto Sangari, 2012.

⁶⁴ MALBEGIER, André *et al.* Síndromes recorrentes do uso de substâncias. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 694.

⁶⁵ FERGUSSON, D. M.; BODEN J. M. Cannabis Use and Later Life Outcomes. *Addiction*, v. 103, p. 969-976, 2008.

⁶⁶ BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional – Presidência da República. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. E. A. Carlini (supervisão) [*et al.*]. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?>

id_conteudo=11325&rastró=PESQUISAS+E+ESTAT%C3%8DSTICAS%
Acesso em: 3 out. 2011.

⁶⁷ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Abuso e dependência do crack*. [S. l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_cr>. Acesso em: 8 set. 2011.

⁶⁸ CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. *Observatório do crack: a visão dos municípios brasileiros sobre a questão do crack*. Brasília: CNM, 2011. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/07112011_EstudoTecnicoColeti>. Acesso em: 11 nov. 2011.

⁶⁹ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Cartilha sobre o crack*. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/campanhas-page/14856-crack-nem-pensar>>. Acesso em: 8 set. 2011.

⁷⁰ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Abuso e dependência do crack*. [S. l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependencia_cr>. Acesso em: 8 set. 2011.

⁷¹ DIAS, Andréa Costa; ARAÚJO, Marcelo Ribeiro; LARANJEIRA, Ronaldo. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000500016&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 set. 2012.

⁷² LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo (Org.). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 52.

⁷³ LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo (Org.). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

Capítulo 6: Transtorno bipolar – a vida a bordo de uma

montanha-russa emocional

⁷⁴ SACKS, Oliver W. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas*. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 107.

⁷⁵ JAMISON, Kay Redfield. *Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor*. Tradução de Waldéa Barcellos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. p. 79-81.

⁷⁶ JAMISON, Kay Redfield. *Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor*. Tradução de Waldéa Barcellos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. p. 88-89.

⁷⁷ LAFER, Beny *et al.* Transtorno bipolar. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 712.

⁷⁸ JUDD, Lewis L. A Prospective Investigation of the Natural History of the Long-term Weekly Symptomatic Status of Bipolar II Disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 60, n. 3, p. 261-269, 2003.

⁷⁹ OSBY, Urban *et al.* Excess Mortality in Bipolar and Unipolar Disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry*, v. 58, n. 9, p. 844-850, 2001.

⁸⁰ LAFER, Beny *et al.* Transtorno bipolar. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 712.

⁸¹ SACKS, Oliver W. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas*. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 106.

⁸² SACKS, Oliver W. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas*. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 106.

⁸³ JJAMISON, Kay Redfield. *Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor*. Tradução de Waldéa Barcellos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. p. 115-117.

- ⁸⁴ COLOM, Francesco. A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Archives of General Psychiatry*, v. 60, n. 4, p. 402-407, 2003.
- ⁸⁵ BERK, Lesley. *Guia para cuidadores de pessoas com transtorno bipolar*. São Paulo: Segmento Farma, 2011. p. 27. Disponível em: <<http://ipqhc.org.br/files/11779GuiaBipolar1808.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2011.
- ⁸⁶ JAMISON, Kay Redfield. *Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor*. Tradução de Waldéa Barcellos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009. p. 105-106.
- ⁸⁷ JAMISON, Kay Redfield. Manic-Depressive Illness and Creativity. *Scientific American*, p. 62-67, feb. 1995. Disponível em: <<http://www.mmu.k12.vt.us/teachers/kefferm/humanbio/nervous/articles/1>>. Acesso em: 6 set. 2012.
- ⁸⁸ CASTELO, Milena S. *et al.* Validação da versão em português do Questionário de Transtornos do Humor em uma população brasileira de pacientes psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online], v. 32, n. 4, p. 424-428, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010000400016&script=sci_arttext>. Acesso em: 6 set. 2012.

Capítulo 7: Esquizofrenia – o mundo pelas lentes de um caleidoscópio

- ⁸⁹ PALMEIRA, Leonardo Figueiredo; GERALDES, Maria Thereza de Moraes; BEZERRA, Ana Beatriz Costa. *Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento?* Rio de Janeiro: Interciência, 2009. p. 5-6.
- ⁹⁰ SCHREBER, Daniel Paul. *Memórias de um doente dos nervos*. Tradução e organização de Marilene Carone. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- ⁹¹ ELKIS, Helio *et al.* Esquizofrenia. In: MIGUEL, Euripedes Constantino

et al. Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 610.

⁹² ELKIS, Helio *et al.* Esquizofrenia. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al. Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 612.*

⁹³ PALMEIRA, Leonardo Figueiredo; GERALDES, Maria Thereza de Moraes; BEZERRA, Ana Beatriz Costa. *Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento?* Rio de Janeiro: Interciência, 2009. p. 51.

Capítulo 8: Mal de Alzheimer – quando, ao fim da vida, não se pode mais contar a própria história

⁹⁴ SEIXAS, Heloisa. *O lugar escuro: uma história de senilidade e loucura.* Rio de Janeiro: Objetiva, 2007. p. 19.

⁹⁵ FORLENZA, Orestes Vicente *et al.* Demências. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al. Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 584.*

⁹⁶ SACKS, Oliver W. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas.* Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 129.

⁹⁷ VARELLA, Drauzio. A memória dos neurônios. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/wiki-saude/a-memoria-dos-neuronios/>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

⁹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Dementia: A Public Health Priority.* Genebra: WHO Press, 2012. p. 2.

⁹⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Dementia: A Public Health Priority.* Genebra: WHO Press, 2012.

¹⁰⁰ FORLENZA, Orestes Vicente *et al.* Demências. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al. Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 583.*

- ¹⁰¹ FORLENZA, Orestes Vicente *et al.* Demências. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 590.
- ¹⁰² MOONEY, Sharon Fish. *Alzheimer: cuidar de seu ente querido e cuidar de você mesmo*. Tradução de Barbara Theoto Lambert. São Paulo: Paulinas, 2010. p. 119.
- ¹⁰³ MOONEY, Sharon Fish. *Alzheimer: cuidar de seu ente querido e cuidar de você mesmo*. Tradução de Barbara Theoto Lambert. São Paulo: Paulinas, 2010. p. 107.
- ¹⁰⁴ MOONEY, Sharon Fish. *Alzheimer: cuidar de seu ente querido e cuidar de você mesmo*. Tradução de Barbara Theoto Lambert. São Paulo: Paulinas, 2010. p. 107.
- ¹⁰⁵ SACKS, Oliver W. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas*. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 53-55.
- ¹⁰⁶ LAURIN, Danielle. Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons. *Archives of Neurology*, v. 58, n. 3, p. 498-504, mar. 2001. Disponível em: <<http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=778849>>. Acesso em: 6 set. 2012.

Capítulo 9: Como a família pode ajudar no tratamento

- ¹⁰⁷ FELÍCIO, Jônia Lacerda; ALMEIDA, Daniella Valverde de. Abordagem terapêutica às famílias na reabilitação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos: relato de experiência. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 248-253, abr.-jun. 2008. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/59/248a253.pdf>. Acesso em: 6 set. 2012.
- ¹⁰⁸ PILLING, Stephen *et al.* Psychological treatments in schizophrenia: meta-analysis of family intervention and cognitive behavior therapy.

Psychological Medicine, v. 32, p. 763-782, 2002. Disponível em: <<http://eprints.ucl.ac.uk/2119/1/BP.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2012.

¹⁰⁹ PALMEIRA, Leonardo Figueiredo; GERALDES, Maria Thereza de Moraes; BEZERRA, Ana Beatriz Costa. *Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento?* Rio de Janeiro: Interciência, 2009. p. 149.

¹¹⁰ PALMEIRA, Leonardo Figueiredo; GERALDES, Maria Thereza de Moraes; BEZERRA, Ana Beatriz Costa. *Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento?* Rio de Janeiro: Interciência, 2009. p. 110.

Capítulo 10: Saúde mental no SUS

¹¹¹ BRASIL. Ministério da saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

¹¹² GENTIL, Valentim. Uma visão crítica da política brasileira de saúde mental. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 1919.

¹¹³ GENTIL, Valentim. Uma visão crítica da política brasileira de saúde mental. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 1924.

¹¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10*, ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2012.

¹¹⁵ LIMA, Mauro Gomes Aranha de. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. p. 34.

- ¹¹⁶ BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- ¹¹⁷ LIMA, Mauro Gomes Aranha de. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. p. 24.
- ¹¹⁸ LIMA, Mauro Gomes Aranha de. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. p. 23.
- ¹¹⁹ LIMA, Mauro Gomes Aranha de. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. p. 4.
- ¹²⁰ LIMA, Mauro Gomes Aranha de. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010. p. 24.
- ¹²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 10*, ano VII, n. 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2012.
- ¹²² MAPELLI JUNIOR, Reynaldo. Novos desafios para as políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, v. 14, n. 320, p. 38-40, 15 maio 2010.
- ¹²³ JACOB, K. S. *et al.* Mental Health Systems in Countries: Where Are We Now? *The Lancet*, v. 370, p. 1061-1077, sept. 2007.
- ¹²⁴ GULLAR, Ferreira. Uma lei errada. *Folha de S.Paulo*, Ilustrada, domingo, 12 abr. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1204200920.htm>>. Acesso em: 6 set. 2012.
- ¹²⁵ FAZEL, Seena *et al.* The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression

Analysis. *PLoS Medicine*, v. 5, n. 12, 2008.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. *Cadastro da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre* – relatório final. 2011. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=52>. Acesso em: 28 maio 2012.

¹²⁶ TABORDA, José G. V. Sistema penitenciário e doença mental em São Paulo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO E PSIQUIATRIA FORENSE, 1, 2011, São Paulo.

¹²⁷ VARELLA, Drauzio. *Estação Carandiru*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 25.

¹²⁸ VARELLA, Drauzio. *Estação Carandiru*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 132-133.

¹²⁹ VARELLA, Drauzio. *Estação Carandiru*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 39.

¹³⁰ VARELLA, Drauzio. *Estação Carandiru*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 122.

¹³¹ FALCÃO, Jaqueline. Clínicas psiquiátricas clandestinas proliferam em Franco da Rocha, na Grande SP. *O Globo*, Rio de Janeiro, 17 de julho de 2011. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/clinicas-psiquiatricas-clandestinas-proliferam-em-franco-da-rocha-na-grande-sp-2872151>>. Acesso em: 6 set. 2011.

¹³² JACOB, K. S. *et al.* Mental Health Systems in Countries: Where Are We Now? *The Lancet*, v. 370, p. 1061-1077, sept. 2007.

¹³³ MATEUS, Mario D. *et al.* The Mental Health System in Brazil: Policies and Future Challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, v. 2, n. 12, 2008.

Capítulo 11: Melhor prevenir que remediar

¹³⁴ BARCELOS-FERREIRA, Ricardo *et al.* Fatores de risco e proteção para morbidade psiquiátrica. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.*

Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 144-145.

¹³⁵ BLUMENTHAL, James A. *et al.* Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychosomatic Medicine*, v. 69, n. 7, p. 587-596, 2007. Disponível em: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/69/7/587.full.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2012.

¹³⁶ NETO, Francisco Lotufo; LEÃO, Frederico Camelo; LOTUFO JR, Zenon. Psiquiatria e religião. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 105-113.

¹³⁷ NETO, Francisco Lotufo; LEÃO, Frederico Camelo; LOTUFO JR, Zenon. Psiquiatria e religião. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 109.

¹³⁸ NETO, Francisco Lotufo. *Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. Tese (Doutorado) – Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. p. 30. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/20050516-es-drfln-teseFranciscoLotufoNeto.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

¹³⁹ CABRAL, P.; MEYER H. B.; AMES D. Effectiveness of Yoga Therapy as a Complementary Treatment for Major Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 2011.

¹⁴⁰ SHANNAHOFF-KHALSA, David. *Kundalini yoga meditation: techniques specific for psychiatric disorders, couples therapy and personal growth*. New York, United States: W. W. Norton & Company, 2006. p. 6-11.

¹⁴¹ ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. *The story of David Olds and de Nurse Home Visiting Program*, 2006. Disponível em: <<http://www.rwjf.org/files/publications/other/DavidOldsSpecialReport060>>

Acesso em: 28 mar. 2012.

¹⁴² NURSE-FAMILY PARTNERSHIP: FACT SHEETS. Disponível em: <http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Snapshot>. Acesso em: 28 maio 2012.

¹⁴³ BARCELOS-FERREIRA, Ricardo *et al.* Fatores de risco e proteção para morbidade psiquiátrica. In: MIGUEL, Euripedes Constantino *et al.* *Clínica psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 141.

¹⁴⁴ GUILHARDI, Hélio José. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Disponível em: <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_r>. Acesso em: 28 mar. 2012.

¹⁴⁵ GUILHARDI, Hélio José. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Disponível em: <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_r>. Acesso em: 28 mar. 2012.

¹⁴⁶ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE revela hábitos, costumes e riscos vividos pelos estudantes das capitais brasileiras. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1525>. Acesso em: 5 abr. 2012.

¹⁴⁷ LOPES NETO, Aramis Antonio; MONTEIRO FILHO, Lauro; SAAVEDRA, Lucia Helena. Programa de Redução do comportamento agressivo entre estudantes. Disponível em: <<http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-154.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2012.

¹⁴⁸ LOPES NETO, Aramis Antonio; MONTEIRO FILHO, Lauro; SAAVEDRA, Lucia Helena. Programa de Redução do comportamento agressivo entre estudantes. Disponível em: <<http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-154.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2012.

- ¹⁴⁹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE revela hábitos, costumes e riscos vividos pelos estudantes das capitais brasileiras. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1525>. Acesso em: 5 abr. 2012.
- ¹⁵⁰ LOPES NETO, Aramis Antonio; MONTEIRO FILHO, Lauro; SAAVEDRA, Lucia Helena. Programa de Redução do comportamento agressivo entre estudantes. Disponível em: <<http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-154.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2012.
- ¹⁵¹ DUNEDIN MULTIDISCIPLINARY HEALTH & DEVELOPMENT RESEARCH UNIT. Main Study. Disponível em: <<http://dunedinstudy.otago.ac.nz/about-us/how-we-began/history-of-the-study>>. Acesso em: 13 mar. 2012.
- ¹⁵² CONNERY, Hilary Smith. *Alcohol Use and Abuse*: a Havard Medical School Special Report, 2008.

Lista de consultores e revisores de conteúdo

Arthur Guerra de Andrade*

Médico psiquiatra, professor associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP e professor titular de psiquiatria da Faculdade de Medicina do ABC.

Beny Lafer*

Médico psiquiatra, coordenador do Programa de Transtorno Bipolar do Instituto de Psiquiatria da USP.

Cássio Bottino*

Psicogeriatra, professor livre docente em psiquiatria pela Faculdade de Medicina da USP e coordenador do Programa Terceira Idade, do Instituto de Psiquiatria da USP.

Claudia Gracindo

Psicóloga, presidente da Associação dos Portadores de Transtornos de Ansiedade (Aporta).

Danielle Bio

Psicóloga e neuropsicóloga, colaboradora do Programa Transtornos Afetivos (Progruda), do Instituto de Psiquiatria da USP.

Doris Hupfeld Moreno

Médica psiquiatra, pesquisadora do Programa Transtornos Afetivos (Progruda) do Instituto de Psiquiatria da USP.

Drauzio Varella

Médico cancerologista do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, e médico voluntário na Penitenciária Feminina da Capital, em São Paulo.

Euripedes Constantino Miguel*

Médico psiquiatra, professor titular e chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, professor associado adjunto

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

das universidades de Yale e Duke (EUA) e consultor em pesquisa da Universidade de Harvard (EUA).

Fernanda Martins Sassi*

Psiquiatra e psicoterapeuta, médica assistente do Ambulatório Integrado Transtornos de Personalidade e do Impulso do Instituto de Psiquiatria da USP.

Francisco Lotufo Neto*

Médico psiquiatra, psicoterapeuta e professor associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP.

Guilherme Vanoni Polanczyk*

Médico psiquiatra, professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP e diretor executivo do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD).

Helio Elkis*

Médico psiquiatra, professor associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP e coordenador do Programa de Esquizofrenia (Projesq) do Instituto de Psiquiatria da USP.

Hermano Tavares*

Médico psiquiatra e professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, onde coordena o programa de saúde mental do Projeto Região Oeste, responsável pela área de atenção primária à saúde.

Jô Benneton

Terapeuta ocupacional e diretora do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO), em São Paulo.

Joel Rennó Jr

Médico psiquiatra, psicoterapeuta e diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria da USP.

Jonia Lacerda

Psicóloga, diretora do Serviço de Psicologia e Neuropsicologia do Instituto de Psiquiatria da USP e coordenadora do curso de Psicologia do Centro

Universitário São Camilo, em São Paulo.

Laura Helena Silveira Guerra de Andrade*

Médica psiquiatra e pesquisadora em epidemiologia, coordenadora do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria da USP e membro do consórcio *The World Mental Health Survey Initiative*.

Leonardo Palmeira

Médico psiquiatra, pesquisador do Instituto de Psiquiatria da UFRJ e membro da Sociedade Internacional de Pesquisa em Esquizofrenia.

Mauro Aranha*

Médico psiquiatra e vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

Pedro Zuccolo

Neuropsicólogo, membro do Instituto de Psicologia da USP.

Reynaldo Mapelli Júnior

Promotor de Justiça, ex-coordenador da área de saúde pública do Ministério Público do Estado de São Paulo e atual chefe de gabinete da Secretaria Estadual da Saúde, em São Paulo.

Ricardo Alberto Moreno*

Médico psiquiatra, diretor do Programa Transtornos Afetivos (Progruda), do Instituto de Psiquiatria da USP.

Rita Cecilia Reis Ferreira

Médica psiquiatra e diretora científica da Associação Brasileira de Alzheimer – Regional São Paulo (ABRAz-SP).

Rodrigo Yacubian Fernandes*

Médico radiologista do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, professor de Kundalini Yoga e pesquisador de aplicações médicas para a Kundalini Yoga, no auxílio ao tratamento de doenças oncológicas e psiquiátricas.

Ronaldo Laranjeira*

Médico psiquiatra, professor titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e diretor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e

Outras Drogas.

Roseli Gedanke Shavitt

Médica psiquiatra, coordenadora do Programa de Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Protoc), do Instituto de Psiquiatria da USP.

Sergio Tamai

Médico psiquiatra, professor assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, coordenador de ações da Associação Brasileira de Psiquiatria junto à Associação Médica Brasileira e coordenador de políticas para a área de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Thiago Porto Machado

Orientador da comunidade terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, em Araxá (MG), dedicada ao tratamento da dependência química.

Valentim Gentil Filho

Médico psiquiatra e professor titular do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP.

Wang Yuan Pang

Médico psiquiatra, psicoterapeuta e pesquisador associado do Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica da USP.

* Estes profissionais, além de concederem entrevistas, revisaram o conteúdo escrito dos capítulos.

Copyright © 2012 Os autores
Copyright © 2012 Editora Gutenberg

PROJETO GRÁFICO DE CAPA

Diogo Droschi

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Christiane Moraes de Oliveira

APOIO DE REPORTAGEM (GLOSSÁRIO)

Sílvia Amélia de Araújo

REVISÃO

Lílian de Oliveira

Camila Reis

EDITORA RESPONSÁVEL

Rejane Dias

Revisado conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,
em vigor no Brasil desde janeiro de 2009.

Todos os esforços foram feitos na localização dos detentores dos direitos autorais dos
testes aqui reproduzidos. Pedimos desculpas por eventuais omissões involuntárias e
nos comprometemos a inserir os devidos créditos e corrigir possíveis falhas em edições
subsequentes.

Todos os direitos reservados pela Editora Gutenberg. Nenhuma parte desta publicação
poderá ser reproduzida, seja por meios mecânicos, eletrônicos, seja via cópia xerográfica,
sem a autorização prévia da Editora.

EDITORA GUTENBERG LTDA.

São Paulo

Av. Paulista, 2073, Conjunto Nacional, Horsa I,
11º andar, Conj. 1101
Cerroqueira César . São Paulo . SP . 01311-940
Tel.: (55 11) 3034 4468

Belo Horizonte

Rua Aimorés, 981, 8º andar . Funcionários
30140-071 . Belo Horizonte . MG
Tel.: (55 31) 3214 5700

Televendas: 0800 283 13 22
www.editoragutenberg.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) **(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Magalhães, Naiara

Não é coisa da sua cabeça / Naiara Magalhães; José Alberto de
Camargo . – 1. reimp. – Belo Horizonte : Editora Gutenberg, 2012.

Bibliografia

ISBN 978-85-65383-77-6

1. Transtornos emocionais 2. Saúde mental 3. Comportamento
4. Depressão 5. Ansiedade 6. Crack e outras drogas 7. Alzheimer
8. Família 9. Cuidados médicos e psicológicos 10. Prevenção 11.
Camargo, José Alberto de. I. Título.

12-10722

CDD-362.2

Índices para catálogo sistemático:

1. Cuidados de saúde mental : Bem-estar social 362.2
2. Saúde mental e cuidados : Bem-estar social 362.2



Nunca julgue uma dama pela aparência

MacLean, Sarah

9788582353561

320 páginas

[Compre agora e leia](#)

Duncan West, assim como todos os homens, enxerga apenas o que quer...

Mas ele estava prestes a ver o que não queria.

Para a aristocracia, Lady Georgiana é a pobre irmã de um duque, rejeitada pela família após ter sido arruinada no pior tipo de

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

escândalo possível: uma mulher que fez escolhas infelizes ao entregar-se de corpo e alma para um rapaz que todos desconhecem.

Mas a verdade é sempre muito mais chocante! Nos recônditos mais obscuros de Londres, Lady Georgiana é a mulher mais poderosa da Grã-Bretanha, a rainha do submundo londrino, e atende pelo nome de Chase, o lendário e temido fundador do cassino mais exclusivo da cidade, o Anjo Caído.

Circulando disfarçada pelos corredores de seu império, Chase sabe dos piores segredos dos figurões da sociedade e tem todos os poderosos na palma de sua mão, mas durante anos os seus próprios mistérios nunca foram descobertos... Até agora!

Brilhante, inteligente e bonito como o pecado, o jornalista Duncan West está intrigado com a linda mulher – que de alguma forma está ligada a um mundo de trevas e perdição. Ele sabe que Georgiana é muito mais do que parece e promete desvendar todos os seus segredos, expondo seu passado, ameaçando seu presente e arriscando tudo o que ela tem de mais precioso. Inclusive seu coração.

[Compre agora e leia](#)



Um poema para Bárbara

Sifuentes, Mônica

9788582353363

432 páginas

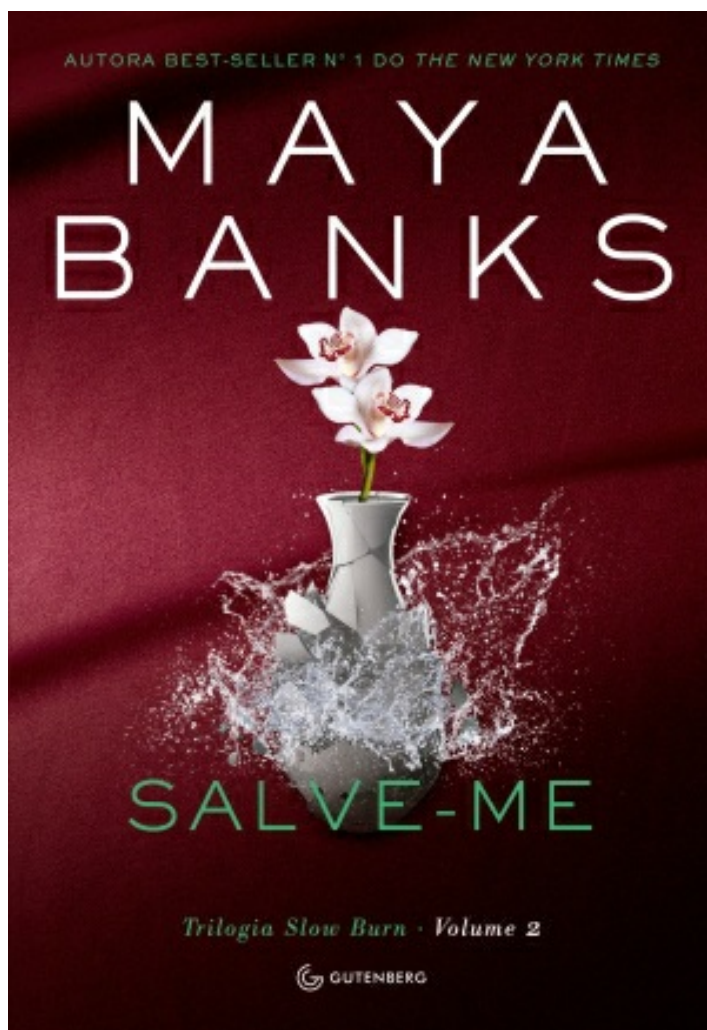
[Compre agora e leia](#)

São João Del Rei, Minas Gerais, 1776. A cidade recebe o novo ouvidor da comarca, vindo de Portugal: o jovem intelectual e bon-vivant José Inácio de Alvarenga Peixoto. Pronto para assumir sua responsabilidade na próspera Colônia da Coroa, o caminho do magistrado se cruza com o de Bárbara Eliodora, moça de gosto

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

apurado e ideias à frente de seu tempo, que encontra expressão na poesia, assim como Inácio. Do encontro dos dois nasce uma paixão repleta de sonhos de liberdade e revolução, e de um país livre dos grilhões da realeza. Retratando a jornada que culmina na turbulenta Inconfidência Mineira, Um poema para Bárbara é uma história de amor e coragem que jamais será apagada pelo tempo. Um legado de sangue e lutas, de ideais e heroísmo, que marca até hoje a História do Brasil.

[Compre agora e leia](#)



Salve-me

Banks, Maya

9788582353004

288 páginas

[Compre agora e leia](#)

O que pode acontecer quando uma heroína determinada encontra um herói alfa sexy?

Abandonada quando bebê e adotada pelo jovem e rico casal Gavin e Ginger Rochester, Ariel cresceu em um mundo de privilégios. Sua

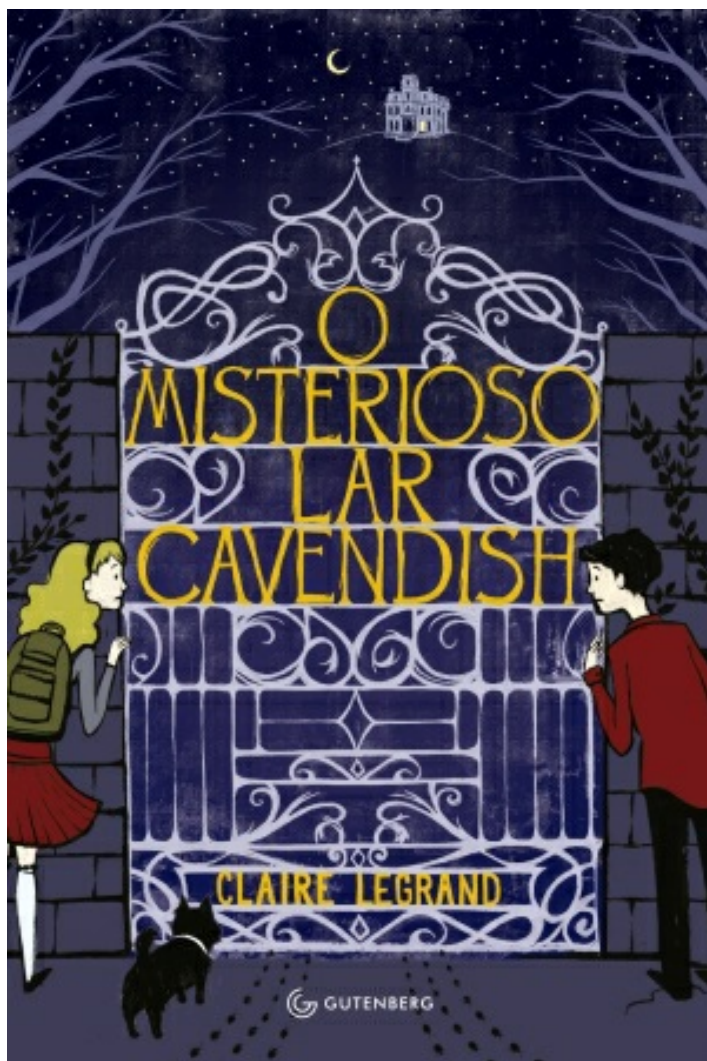
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

única ligação com o passado é algo que a distingue de todos os outros: seus poderes telecinéticos. Protegida por seus pais adotivos para manter seu dom em segredo, Ari cresce no colo do luxo, mas também do isolamento. Até que, quando jovem, alguém começa a ameaçar sua vida...

Beau Devereaux é um homem frio, rico e poderoso, C.E.O. da DSS, empresa de segurança criada pela família após todos os sinistros acontecimentos com o irmão Caleb e a cunhada Ramie. Beau é mais que familiarizado com as realidades de poderes psíquicos. Assim, quando Ari o procura, dizendo que seus pais haviam desaparecido e que ela precisa de proteção, ele se prontifica a ajudar. O que Beau não está preparado é para a extensão de sua atração por sua bela e poderosa cliente.

O que começou apenas como mais um trabalho, rapidamente se transforma em algo pessoal, e Beau descobre que é capaz de qualquer coisa para proteger Ari. Mesmo que isso lhe custe a vida.

[Compre agora e leia](#)



O misterioso Lar Cavendish

Legrand, Claire

9788582351802

264 páginas

[Compre agora e leia](#)

Victoria é sempre impecável. Seus cabelos e unhas brilham, seu quarto não tem nada fora do lugar, sua rotina é precisa. Se há algo que ela pode considerar como um defeito em sua vida é Lawrence, que parece seu oposto: é preguiçoso, desorganizado, anda com a

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

roupa desganhada e vive sonhando no mundo da música. Ela nem entende como eles vieram a se tornar amigos. Mas, exceto por isso, sua vida é perfeita na cidade de Belleville.

Até que Lawrence desaparece. Ela começa a investigar, e percebe que ele não é o único a sumir na pequena cidade. Por trás de suas ruas tranquilas, há segredos sombrios e assustadores, e as pistas que Victoria encontra parecem apontar para um lugar em especial: o Lar Cavendish. As pessoas entram lá mas saem... diferentes. Ou então não saem.

Ignorada pelos adultos, ela se vê como a única capaz de tentar resolver o mistério e trazer seu amigo de volta. Mas, para isso, terá de abrir mão de sua vida perfeita.

[Compre agora e leia](#)



Ela está em todo lugar

Priest, Cherie

9788582353240

272 páginas

[Compre agora e leia](#)

May e Libby criaram a Princess X no dia em que se conheceram, e desde então tornaram-se inseparáveis. Através da personagem, as garotas mataram todos os dragões e escalaram todas as montanhas que a imaginação delas pôde criar.

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Até Libby e sua mãe morrerem em um acidente de carro.

Três anos depois, May começa a ver imagens da Princess X em adesivos e pôsteres por toda a cidade.

Isso só pode significar uma coisa: Libby está viva. E May não vai parar enquanto não encontrá-la.

[Compre agora e leia](#)